

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ КОРАБЛЕБУДУВАННЯ
імені адмірала Макарова



Навчально-науковий центр заочної та
дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

до дипломної роботи

магістр

Тема: РЕГІОНАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав: студент VI курсу, групи 6435мз
спеціальності 073“Менеджмент”

Подима Олександр Федорович

Керівник: Трушлякова А.Б.

Рецензент: Фатєєв М.В.

Миколаїв – 2020 р.

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально-науковий центр заочної та дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень - *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

« ____ » _____ 2020 року

З А В Д А Н Н Я

Подима Олександр Федоровичу

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доцента Трушлякової А.Б.

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

РЕГІОНАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

затверджену наказом ректора НУК від « ____ » _____ 20__ року № ____

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані методичні рекомендації щодо виконання магістерської роботи, підручники з теми досліджень, статистична звітність підприємства, періодичні видання, інтернет ресурси _____

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: 1 Управління сферою охорони здоров'я в Україні: регіональні аспекти 2 Оцінка елементів системи управління сфери охорони здоров'я 3 Розвиток механізмів регіонального управління сферою охорони здоров'я 4. Охорона праці

5. Перелік графічного матеріалу Законодавчі норми, що регулюють охорону здоров'я, Функціонально-структурна схема-модель управління охороною здоров'я рівні адміністративного району, Використання ресурсів в рамках надання медичних послуг, Регіональні відмінності у рівні задоволеності різними групами медичних працівників та медичної допомоги, Основні причини передчасної смерті, непрацездатності та фактори ризику, Частка медичних послуг, яку отримує населення на різних рівнях медичної допомоги: західна модель та ситуація, Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів, Схема взаємодії суб'єктів управління реформуванням системи охорони здоров'я на засадах проектного підходу, Модель логістичного управління, Ієрархічна схема логістичної системи галузі охорони здоров'я

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	_____		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	Вересень
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	Вересень
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	Вересень
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	За планом кафедри
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	Вересень
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	Вересень
7	Розробка теоретичного розділу	Жовтень
8	Розробка аналітичного розділу	Жовтень
9	Розробка проектного розділу	Жовтень
10	Розробка четвертого розділу	Жовтень
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	Листопад
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	Листопад
13	Розробка проекту автореферату роботи	Грудень
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	Грудень
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	Грудень
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	За планом кафедри
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	Грудень
18	Захист роботи перед ДЕК	За планом кафедри

Науковий керівник Трушлякова А.Б. / _____ /Магістрант Подима О. Ф. / _____ /

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі Подима Олександра Федоровича тему «Регіональне управління сферою охорони здоров'я» розкрито управління сферою охорони здоров'я в Україні: регіональні аспекти. Проведена оцінка елементів системи управління сфери охорони здоров'я. Розроблено механізми розвитку регіонального управління сферою охорони здоров'я. Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні й розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів регіонального управління у сфері охорони здоров'я. Наукова новизна одержаних результатів. Набули подальшого розвитку моделі управління сферою охорони здоров'я на регіональному рівні на основі оцінки елементів системи управління сфери охорони здоров'я з метою розробки механізму надання якісних і доступних медичних послуг.

Ключові слова: управління, сфера охорони здоров'я, регіональні аспекти, медичні послуги.

SUMMARY

In Podym O. F. master's thesis "Regional Health Care Management" the management of health care in Ukraine: regional aspects is revealed. The elements of the health care management system have been evaluated. Mechanisms for the development of regional health care management have been developed. The purpose of the work is to theoretically substantiate and develop practical recommendations for improving the mechanisms of regional governance in the field of health care. The object of the study is the processes of regional management in the field of health care. The subject of the research is the theoretical and methodological principles of regional management in the field of health care. Scientific novelty of the obtained results. The model of health care management at the regional level has been further developed based on the assessment of the elements of the health care management system in order to develop a mechanism for providing quality and affordable health services.

Keywords: management, health care, regional aspects, medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ	10
1.1.Основи управління сферою охорони здоров'я на регіональному рівні	10
1.2.Правове та адміністративне регулювання державного управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні	19
1.3.Характеристика основних показників впровадження медичної реформи на регіональному рівні	31
Висновок до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ЕЛЕМЕНТІВ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	35
2.1. Оцінка рівня задоволеності населення медичною допомогою	35
2.2. Оцінка відповідності характеристик кадрових ресурсів системи охорони здоров'я потребам населення	38
2.3. Оцінка умов праці та організаційних практик	42
2.4. Оцінка ролі професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів	47
Висновок до розділу	2
.....	58
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ РЕГІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	59

3.1. Впровадження проектного підходу в регіональне управління	59
3.2. Механізм розвитку сімейної медицини на регіональному рівні	68
3.3. Логістична концепція розвитку інформаційної системи галузі охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях	71
Висновок до розділу	3
	85
РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ	
	86
ВИСНОВКИ	101
ЛІТЕРАТУРА	103

ВСТУП

Актуальність теми. Існуючі перетворення, які проводяться у вітчизняній системі охорони здоров'я, останнім часом направляються на підвищення якості медичних послуг. Здійснення практичної реалізації розроблюваних нововведень викликають необхідність перегляду механізмів регіонального управління у сфері охорони здоров'я, оскільки збереження здоров'я нації виступає як основний стратегічний орієнтир державного регулювання, визначаючи при цьому цільові установки державної політики.

На сьогоднішній день, сфера охорони здоров'я України регулюється державою і з іншого боку – засобами ринкового регулювання. Традиції регіонального управління були складені в соціалістичний період розвитку країни, які сьогодні перестають бути актуальними щодо сучасних викликів розвитку суспільства. При цьому вони характеризуються фрагментарністю й безсистемністю. На це вказує діяльність інституційних одиниць сфери охорони здоров'я. Наявний досвід державного регулювання не є успішним, оскільки в ньому відсутня орієнтованість на результат.

Це визначає необхідність вирішення таких проблем, як формування ефективного механізму регіонального управління в сфері охорони здоров'я, встановлення меж державного втручання в діяльність медичних установ державного і недержавного секторів охорони здоров'я, пошук оптимального поєднання державного регулювання й ринкового саморегулювання.

Тим самим, наявність зазначених проблем регіонального управління, а також високий рівень соціальної значущості досягнутих результатів, які виходять в процесі надання державних послуг, викликає необхідність проведення додаткових досліджень в рамках регіонального управління вітчизняної системи охорони здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими темами. Магістерська робота входить до плану науково-дослідних робіт кафедри менеджменту та є складовою частиною наукової теми «Розвиток корпоративної інформаційної системи в управлінні регіональним кластером морського сервісу»

Мета і завдання дослідження. Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні й розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів регіонального управління у сфері охорони здоров'я.

Для вирішення поставленої мети були поставлені завдання:

- провести аналіз основних показників впровадження медичної реформи на регіональному рівні;
- провести оцінку рівня задоволеності населення медичною допомогою;
- провести оцінку відповідності характеристик кадрових ресурсів системи охорони здоров'я потребам населення;
- провести оцінку ролі професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів;
- розробити та обґрунтувати розвиток механізмів регіонального управління сферою охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процеси регіонального управління у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади регіонального управління у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів. набули подальшого розвитку: моделі управління сферою охорони здоров'я на регіональному рівні на основі оцінки елементів системи управління сфери охорони здоров'я з метою розробки механізму надання якісних і доступних медичних послуг.

Методи дослідження. Теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення теорії регіонального управління, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених з питань теоретико–методологічного забезпечення регіонального управління розвитку сфери охорони здоров'я і

функціонування механізмів державної підтримки розвитку сфери охорони здоров'я. У роботі застосовано системний підхід, згідно з яким всі процеси і явища регіонального управління у сфері охорони здоров'я України аналізувалися в цілісності і взаємозалежності. Використано наукові методи, які дозволили отримати основні теоретичні результати, зокрема: за допомогою абстрактно–логічного методу, в тому числі прийомів аналогії, порівняння, індукції і дедукції, були сформульовані загальні висновки до розділів. В ході аналізу сучасного стану регіонального управління сфери охорони здоров'я використані: статистичний метод (визначення ефективності механізмів надання лікарських послуг населенню України, організаційних механізмів розвитку сфери охорони здоров'я і нормативно–правових механізмів розвитку державного регулятивного потенціалу по сфері охорони здоров'я); метод порівняння (критичне осмислення методологічних підходів, концепцій, розробок, моделей і пропозицій провідних вчених, присвячених особливостям механізмів управління національних систем охорони здоров'я) системно–аналітичний (вивчення законодавчих актів та інших нормативних документів). Всі зазначені методи дослідження доповнюють один одного й в сукупності забезпечили можливість всебічно розглянути предмет дослідження.

Інформаційною базою дослідження стали наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів, законодавство України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, статистичні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, монографії та статті вітчизняних і зарубіжних вчених.

Практичне значення результатів полягає в тому, що теоретичні та методичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних рекомендацій, що спрямовані на вдосконалення механізмів регіонального управління сферою охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні теоретичних основ управління сферою охорони здоров'я: регіональні аспекти. Автор здійснив розробку і практичну реалізацію механізму регіонального управління сферою охорони здоров'я.

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку літератури. Обсяг роботи - стор., – таблиць, – рисунків. Список використаних джерел – найменувань.

РОЗДІЛ 1

УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ

1.1. Основи управління сферою охорони здоров'я на регіональному рівні

Управління охороною здоров'я – складний процес, який забезпечує діяльність складної, багаторівневої системи. Тому сучасний управлінець повинен розуміти не лише внутрішньогалузеві особливості будови СОЗ, але й регіональні її особливості. Адже управління вітчизняною системою охорони здоров'я розподілено між центральним рівнем управління (МОЗ та інші міністерства), регіональним – 27 регіональних адміністрацій, а також численними адміністративними органами на муніципальному, районному і сільському рівнях.

Ієрархія державного управління охороною здоров'я в Україні має таку структуру:

- національний рівень – МОЗ України – провідний орган у системі органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики з охорони здоров'я; інші державні установи, що входять до складу сфери управління МОЗ України;
- регіональний рівень: управління охорони здоров'я обласних, Київської міської державної адміністрації, відповідальні за забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях; установи охорони здоров'я обласного підпорядкування, які надають високоспеціалізовану та спеціалізовану допомогу;
- субрегіональний (районний) та місцевий (комунальний) рівні – районні державні адміністрації, районні, міські, районні в містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (ради) і підпорядковані їм на правах комунальної власності ЗОЗ, до функції яких входить надання ПМСД і

вторинної допомоги населенню сільських районів, міст, районів у містах, селищ і сіл. Станом на сьогодні, як видно з рис. 1, система органів державного управління охороною здоров'я населення в Україні організована традиційно та складається з Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, місцевих державних адміністрацій (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).



Рисунок 1. Законодавчі норми, що регулюють охорону здоров'я

Джерело: розробка автора

Функціональними обов'язками при цьому є:

на національному рівні: ВРУ створює законодавче підґрунтя державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом закріплення у конституційних і законодавчих актах цілей, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів діяльності охорони здоров'я; встановлення обсягів бюджетного фінансування; затвердження загальнодержавних програм з охорони здоров'я тощо.

Президент виступає гарантом прав людини у сфері охорони здоров'я. Через систему органів державної виконавчої влади він забезпечує

виконання законодавства з охорони здоров'я, реалізує державну політику в цій сфері та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією.

КМУ як орган управління національного рівня організовує та здійснює міжгалузеве узгодження вирішення галузевих проблем, у тому числі в галузі охорони здоров'я; створює правові, організаційні та економічні механізми, що забезпечують ефективну діяльність системи охорони здоров'я; укладає міжурядові угоди, а також координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я.

Основна ініціатива стосовно політики та стратегії охорони здоров'я населення України здійснюється МОЗ України. В межах своєї компетенції Міністерство охорони здоров'я України є центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Функціями МОЗ України є визначення пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, одним із яких є охорона материнства і дитинства; забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню установами охорони здоров'я усіх форм власності; розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, у тому числі формування здорового способу життя; забезпечення надання державними установами охорони здоров'я загальнодоступної, безкоштовної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; розробка прогнозу та показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних зі змінами власності, тощо;

- *на регіональному рівні:* державна політика в охороні здоров'я у межах відповідних повноважень здійснюється через Раду міністрів та місцеві державні адміністрації – загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері їх управління, матеріально-фінансове забезпечення цих закладів, організовується робота медичних закладів з надання медичної допомоги населенню та заходи з попередження інфекційних захворювань, епідемій, ліквідації епізоотій та ін. Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я за рахунок наявності в їх структурі обласних і районних управлінь

(відділів) охорони здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад. Органи місцевого самоврядування здійснюють керівництво діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями управлінь охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям та їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища й санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Органи місцевого самоврядування беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення. Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні” визначено, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входять:

- управління установами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм в управління, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

- організація медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури й спорту, оздоровчих установах, що належать територіальним громадам;
- забезпечення в межах наданих їм повноважень доступності й оплатності медичного обслуговування на відповідній території;
- забезпечення, згідно із законом, розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація роботи з підвищення кваліфікації кадрів;
- забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками й виробами медичного призначення;
- реєстрація згідно із законодавством статутів (положень) розміщених на відповідній території установ охорони здоров'я, незалежно від форм власності;
- внесення пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Слід зазначити, що місцева влада відіграє важливу роль у СОЗ, оскільки саме вона відповідає за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я на відповідній території, визначає розвиток мережі ЗОЗ і забезпечує їх фінансування, формує регіональні та місцеві комплексні цільові програми, які відображають певною мірою специфічні потреби населення у сфері охорони здоров'я, що проживає на відповідних територіях.

У процесі реалізації державної регіональної політики з охорони здоров'я в Україні використовуються такі форми децентралізації, як: функціональна деконцентрація всередині СОЗ, деконцентрація загальних управлінських повноважень на регіональному та субрегіональному рівнях і делегування повноважень.

Функціональна деконцентрація полягає в тому, що МОЗ України здійснює управління системою через МОЗ та управління охороною здоров'я місцевих адміністрацій, адміністративно підпорядкованих відповідно Раді

міністрів і головам місцевих державних адміністрацій, а функціонально – МОЗ України.

Деконцентрація загальних управлінських повноважень на регіональному і субрегіональному рівнях передбачає, що виконавчу владу в областях та районах забезпечують державні (обласні чи районні) адміністрації, глави яких призначаються Президентом України.

Глави місцевих адміністрацій, за погодженням з МОЗ України, призначають і звільняють з посад начальників відповідних місцевих управлінь охорони здоров'я та їхніх заступників. Міністр охорони здоров'я та начальники управлінь охорони здоров'я обласних, та міських державних адміністрацій погоджують призначення на посади та звільнення з посад керівників ЗОЗ, які належать до сфери управління державних адміністрацій відповідного рівня. Водночас безпосередньо укладання і розірвання контрактів з керівниками цих ЗОЗ проводиться органами представницької влади (радами відповідних рівнів) за ініціативи / погодженням з керівниками органів охорони здоров'я.

Делегування повноважень використовується в управлінні охороною здоров'я на регіональному, субрегіональному та місцевому рівнях між органами державної виконавчої влади й органами місцевого самоврядування. При цьому застосовується принцип так званого “зворотного” делегування повноважень, згідно з яким управлінські повноваження можуть делегуватися як від органів виконавчої влади органам місцевого самоврядування, так і від органів місцевого самоврядування відповідним місцевим органам державної виконавчої влади.

Розвиток охорони здоров'я (тобто фактично управління охороною здоров'я) делегується місцевими радами відповідним місцевим органам державної виконавчої влади. Виконуючи делеговані державою повноваження, місцеві державні адміністрації:

- реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я на відповідній території;

- складають і подають на затвердження відповідним органам місцевого самоврядування (радам) проекти відповідних місцевих бюджетів (які містять і пропозиції щодо забезпечення фінансування охорони здоров'я) та звітують перед цими радами про їх виконання;

- забезпечують фінансування ЗОЗ, які перебувають у державній та комунальній власності й передані в управління місцевим державним адміністраціям вищими органами державної влади або органами місцевого самоврядування;

- здійснюють загальне керівництво зазначеними ЗОЗ та їх матеріально-фінансове забезпечення, організовують їх роботу щодо надання медичної допомоги населенню;

- в загальних інтересах територіальних громад об'єднують на договірній основі бюджетні кошти з коштами підприємств, установ, організацій та населення для будівництва, розширення, реконструкції, ремонту та утримання ЗОЗ;

- вживають заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації.

На рівні місцевих громад (село, селище, місто) місцеві ради мають виключне право затверджувати місцеві програми соціально-економічного розвитку та бюджетів. Місцеві ради делегують їхнім виконавчим органам відповідальність за:

- управління місцевими ЗОЗ;
- забезпечення доступу населення до безоплатного медичного обслуговування;
- розвиток мережі ЗОЗ усіх форм власності;
- визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих ЗОЗ;
- укладання договорів на підготовку спеціалістів;
- забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення окремих категорій населення, які користуються пільгами;

- реєстрацію статутів на відповідній території ЗОЗ;
- внесення пропозицій про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Аналіз літературних джерел свідчить, що існуючі організаційно-правові та функціонально-структурні моделі реалізації державної політики з охорони здоров'я населення неефективні та не справляють істотного впливу на стан громадського здоров'я в Україні. Це вказує на потребу в розробці більш ефективних організаційно-функціональних моделей реалізації регіональної державної політики з охорони суспільного здоров'я, які б базувалися на кращому світовому досвіді та відповідали суспільним потребам в Україні. Адже, як відзначають провідні фахівці, в управлінні охороною здоров'я на регіональному рівні є дуже багато невирішених питань і проблем, які унеможливають виконання цілісної державної політики з охорони здоров'я.

Так, наприклад, в Україні на сьогодні відповідальність за фінансування й організацію відповідних служб охорони здоров'я передано на регіональний та місцевий рівні. При цьому спостерігаються певні суперечності в розподілі повноважень і відповідальності між місцевою та центральною владами. Так, відповідальність за організацію служб охорони здоров'я передано місцевій владі, а їхня діяльність жорстко регулюється з центру (норми, нормативи, стандарти). Децентралізація контролю за фінансуванням СОЗ на рівні регіонів і територіальних громад (аж до невеликих сільських рад і селищ), поряд з фокусуванням уваги на потребах конкретних споживачів медичних послуг, призвела до поглиблення нерівності між багатими та бідними регіонами.

Тривалий час система субсидування не мала чітких критеріїв. У скрутному становищі опинилася охорона здоров'я так званих “депресивних” районів. Для частини невеликих населених пунктів, які не мають стійких джерел фінансування, особливо в сільській місцевості, охорона здоров'я стала важким тягарем для місцевих бюджетів. Ряд громад не мають

можливості утримувати свої ЗОЗ. Вищезазначені недоліки регіонального управління спонукали уряд до пошуку механізмів вирішення даних недоліків. Одним із таких кроків було запровадження правил отримання міжбюджетних трансфертів, встановлених Бюджетним кодексом України. Обсяг трансфертів між бюджетами усіх рівнів розподіляється на основі формули, затвердженої урядом, яка враховує фінансові нормативи бюджетної забезпеченості з коригуючими коефіцієнтами до них, кількість мешканців території та індекс відносної податкоспроможності. Прийнятий механізм дав змогу деякою мірою зменшити відмінності бюджетних можливостей різних регіонів і територій, у т.ч. щодо охорони здоров'я. Таким чином, на сьогодні Бюджетним кодексом України визначено, які типи бюджетних ЗОЗ можуть фінансуватися з бюджетів різних рівнів (державного, обласного, районного, місцевого самоврядування). При цьому один ЗОЗ не може фінансуватися з кількох бюджетів.

Слід зазначити, що Законом передбачено централізацію фінансування і відповідно управління спеціалізованими ЗОЗ на регіональному (обласному) рівні. До спеціалізованих належать усі ЗОЗ, які надають монопрофільну допомогу (психіатричну, фтизіатричну, дерматовенерологічну тощо). Рішення про концентрацію на регіональному рівні низько технологічної медичної допомоги, якої потребують багато хворих, викликало у керівників органів управління охороною здоров'я та серед медичної громадськості великих міст (де такі ЗОЗ існують як самостійні структурні одиниці) побоювання, що подібні зміни зруйнують цілісність територіальних (муніципальних) СОЗ та спричинять додаткові проблеми щодо комплексності медичної допомоги. До того ж передавання зазначених ЗОЗ на обласний рівень створило проблеми і для обласних бюджетів. У ряді міст, щоб вийти з такого становища, спеціалізовані ЗОЗ були формально реорганізовані (перейменовані) в багатoproфільні. Але й на сьогодні держава та місцеві громади щодо державних і комунальних ЗОЗ виступають водночас суб'єктами права власності та суб'єктами, які

забезпечують фінансування медичної допомоги. Така децентралізована система управління перешкоджає впровадженню планів, розроблених на національному рівні.

Особливої уваги заслуговують питання правових та адміністративних змін регулювання державного управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні – рівні, найбільш наближеному до пересічних громадян – споживачів послуг з охорони здоров'я.

1.2. Правове та адміністративне регулювання державного управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні

За останній період, коли відбувається зростання ролі регіональних органів державного управління в структурі влади, посилення їх самостійності та відповідальності за комплексний розвиток територій і особливо за здійснення соціальної політики й соціального захисту населення, змінюються функції і методи управління регіонів. У цьому контексті запроваджуються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, а також територіальних громад у вирішенні проблем охорони суспільного здоров'я та забезпечення населення України якісною та доступною медичною допомогою. Базовий рівень управління охороною здоров'я забезпечується органами державної виконавчої влади, органами місцевого самоврядування і ґрунтується на організаційно-правових засадах, які на даному етапі розвитку України потребують оцінки та вивчення. Було зазначено, що для підвищення ефективності функціонування існуючої державної системи охорони здоров'я необхідне удосконалення законодавчого забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема:

- формування чіткої структурно-функціональної моделі державного управління охороною суспільного здоров'я на основі нормативно-правового визначення функцій, повноважень і відповідальності органів виконавчої

влади та місцевого самоврядування, розмежування повноважень органів місцевого самоврядування та місцевих органів державної виконавчої влади;

- визначення на законодавчому рівні базового пакета надання медичних послуг безоплатної медичної допомоги, гарантованого державою, що в подальшому стане базовим для запровадження медичного страхування;
- забезпечення законодавчої захищеності прав пацієнтів і медичних працівників в Україні завдяки прийняттю Закону України “Про захист прав пацієнта”, що перебуває на етапі громадського обговорення.

Положення щодо політики держави в галузі охорони здоров’я регіонального та місцевого рівнів закріплені в ряді законодавчих актів, де надано вичерпну відповідь щодо діяльності представницької та виконавчої гілок місцевих органів влади у царині охорони здоров’я, а саме урівноваження їхньої відповідальності.

Конституцією України (ст. 143) передбачено виконання низки повноважень органом місцевого самоврядування, у тому числі в охороні здоров’я, з питань бюджету, затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідних територій і контролю їх виконання, управління майном, виконання функцій виконавчої влади. Органи місцевого самоврядування з питань здійснення ними повноважень органів виконавчої влади підконтрольні відповідним органам виконавчої влади. Ст. 118 і 119 регламентована діяльність виконавчої влади в областях і районах. Завданнями місцевих державних адміністрацій є виконання регіональних програм, забезпечення підготовки та виконання відповідних бюджетів тощо, підзвітність та підконтрольність радам у частині делегованих їм повноважень.

Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні” виконавчим органам сільських, селищних, міських рад надано широкий спектр повноважень у сфері охорони здоров’я. До їх повноважень належать:

- управління закладами охорони здоров’я;

- організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, оздоровчих закладах;
- сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я.

Виконання делегованих повноважень передбачає:

- забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;
- забезпечення відповідно до Закону розвитку всіх видів освіти і медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, забезпечення організації роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;
- внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Організація територіальної влади на рівні адміністративного району заслуговує на детальне вивчення, оскільки Законом районні ради позбавлені права формувати власні виконавчі органи. За таких умов повноваження щодо забезпечення, в тому числі й розвитку охорони здоров'я на певній території, делегуються відповідним місцевим державним адміністраціям (ст. 44). Представницькі органи звітують перед виборцями практично за діяльність місцевих державних адміністрацій, але водночас реально на їх діяльність не впливають.

Діяльність місцевих органів виконавчої влади регламентується Законом України “Про місцеві державні адміністрації”. До їх повноважень, поряд з іншими, належать питання охорони здоров'я, материнства і дитинства, сім'ї та молоді, які виконуються шляхом:

- реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, материнства і дитинства, сім'ї та молоді;

- здійснення загального керівництва закладами науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, їх матеріально-фінансового забезпечення;
- вжиття заходів для збереження мережі закладів охорони здоров'я та розроблення прогнозів їх розвитку;
- вжиття заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації;
- організації роботи медичних закладів із надання допомоги населенню, надання у межах повноважень встановлених пільг, пов'язаних з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей.

У межах, визначених Конституцією і законами України, місцеві державні адміністрації здійснюють на відповідних територіях державний контроль за:

- додержанням санітарних і ветеринарних правил;
- додержанням законодавства з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Необхідно зазначити, що в Концепції державної регіональної політики, затвердженій Указом Президента України, передбачено істотне підвищення ролі та відповідальності місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, територіальних громад за розвиток регіонів, оптимізацію територіальної організації державної влади та місцевого самоврядування шляхом:

- децентралізації повноважень місцевим державним адміністраціям та органам місцевого самоврядування;
- удосконалення розподілу повноважень та функцій між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування з метою уникнення дублювання, спрощення системи управління, її фінансового забезпечення та економії бюджетних коштів.

Органи місцевого самоврядування при формуванні та затвердженні територіальних програм розвитку системи охорони здоров'я на своїх територіях повинні залучати і взаємодіяти з широким колом фахівців (організаторів охорони здоров'я, економістів, керівників медичних закладів та організацій, представників громадськості).

У формуванні обсягів медичної допомоги на територіальному рівні важливу роль відіграють показники динаміки захворюваності населення, екологічний стан території та демографічні особливості. Їх аналіз дозволяє обґрунтувати основні положення формування територіальної програми з охорони здоров'я, а саме:

- планування обсягів витрат на одну особу;
- планування вартості одиниці обсягу медичної допомоги за профілями;
- коригування розрахункових показників з урахуванням територіальних особливостей.

Місцевими органами державної виконавчої влади та органами місцевого самоврядування на місцевому рівні реалізується єдина система функцій держави. Функції і повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування відповідно до чинного законодавства ґрунтуються на принципах галузевої компетенції, яка ділиться на три види: виключна компетенція місцевих державних адміністрацій; виключна компетенція органів місцевого самоврядування; суміжна компетенція.

Наявність суміжної компетенції місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування породжує дублювання в роботі і втручання одних органів у справи інших, що унеможливує їх відокремлене існування. Розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування нині є важливою теоретичною та практичною проблемою.

В адміністративно-територіальному відношенні охорона здоров'я місцевого рівня будується відповідно до адміністративно-територіального

поділу. Як елементи (підсистеми) до неї входять: охорона здоров'я на рівні району; охорона здоров'я на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Проте незалежно від організаційного рівня – це єдина, складна, динамічна система з великою кількістю компонентів, що входять до неї. Основу структури системи охорони здоров'я на місцевому рівні складають амбулаторні й стаціонарні лікувально-профілактичні заклади комунальної форми власності, в яких надається первинна і вторинна медична допомога. Фінансове та матеріальне забезпечення цих лікувально-профілактичних закладів здійснюється з районного бюджету.

Необхідно зауважити, що для удосконалення надання амбулаторної допомоги на первинному рівні медичного обслуговування передбачено створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, до структури яких можуть входити лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, медичні кабінети. Однак з різних причин активної діяльності з організації цієї роботи не спостерігається.

На увагу заслуговує вивчення адміністративно-правового забезпечення державного управління охорони здоров'я адміністративного району, де спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст представляють районні ради (рис. 2). Взаємовідносини між районними радами та районними державними адміністраціями при виконанні функцій управління охороною суспільного здоров'я були розглянуті нами вище. Важливо, що проблемою теоретичного і практичного характеру є управління лікувально-профілактичними закладами.

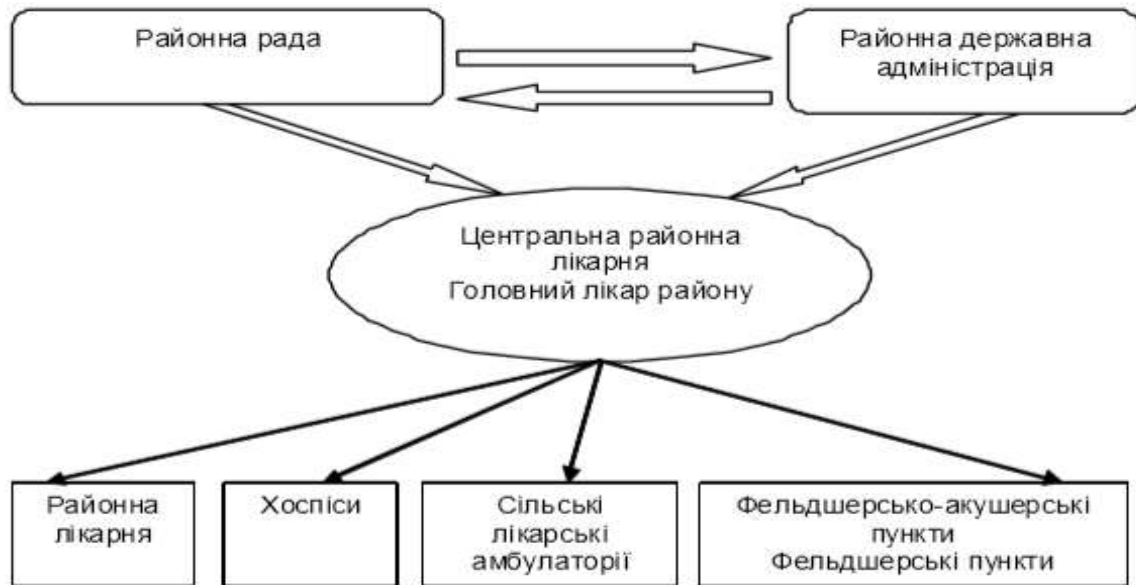


Рисунок 2. Функціонально-структурна схема-модель управління охороною здоров'я рівні адміністративного району

У процесі дослідження даного напрямку з'ясовано, що значна частина центральних районних лікарень як об'єктів комунальної власності перебуває на балансі та в управлінні міських рад міст (районних центрів) обласного підпорядкування. Їх фінансування здійснюється з пайовою участю відповідних районів. Управлінський вплив на них справляють міські ради, районні ради та районні державні адміністрації. Якісне виконання завдань з охорони здоров'я, передбачених чинним законодавством, з боку місцевих державних адміністрацій неможливе через недостатній адміністративний вплив на комунальні лікувально-профілактичні заклади та на посадових осіб цих закладів. Зазначені органи у процесі виконання своїх управлінських функцій створюють спільні перешкоди, що негативно впливає на організацію лікувально-профілактичної допомоги, захист права громадян на охорону здоров'я.

Результатами дослідження статусу медичних закладів як об'єктів комунальної власності доведено, що положення ст. 15 і ст. 19 Закону України “Про місцеві державні адміністрації” щодо делегування районними радами відповідним державним адміністраціям функцій з управління майном, яке перебуває у спільній власності територіальних громад, не можуть бути

забезпечені, оскільки у ст. 43 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” вписано, що вирішення питання управління об’єктами комунальної власності, призначення і звільнення їх керівників – здійснюється виключно на пленарних засіданнях обласних і районних рад. У той же час у ст. 26 (виключна компетенція сільських, селищних, міських рад) п. 31 передбачені повноваження щодо прийняття рішення про передавання іншим органам окремих повноважень з управління майном, яке належить до комунальної власності відповідної територіальної громади, визначення меж цих повноважень та умов їх здійснення.

Отже, до районних закладів охорони здоров’я, які перебувають на балансі міських рад, за Законом, може застосовуватися одна правова норма у частині передавання окремих повноважень в управлінні ними, а на заклади охорони здоров’я, що є на утриманні районних рад, – інша. В цьому сенсі виникає конфлікт інтересів між районними та міськими радами, з одного боку, і відповідними державними адміністраціями, з другого, через невідповідність єдиних законодавчих норм в управлінні закладами охорони здоров’я.

Організаційно-методичним та інформаційним центром для закладів охорони здоров’я району є центральна районна лікарня. Управління охороною здоров’я на рівні адміністративного району традиційно здійснює головний лікар ЦРЛ, який призначається на посаду рішенням районної ради, а у відносинах з органами влади виступає як головний лікар району. Правовий статус ЦРЛ та її головного лікаря закріплений законодавством та у статутах центральних районних лікарень, які затверджуються на сесії районних рад. У службовому підпорядкуванні головного лікаря є доволі численний адміністративний апарат з п’яти або шести штатних заступників, а також організаційно-методичний відділ, в якому обробляється й аналізується інформація про стан охорони здоров’я населення району.

У наукових працях існують твердження, що центральна районна лікарня виконує покладені на неї функції органу управління. Проте функції

управління охороною здоров'я виконує лише адміністрація ЦРЛ, тобто головний лікар та його заступники, тоді як сама центральна районна лікарня виконує своє завдання із надання населенню кваліфікованої медичної допомоги.

Така модель управління системою охорони здоров'я району доводить свою недосконалість, оскільки адміністрація ЦРЛ та головний лікар в основному зосереджуються на керівництві закладом, вирішуючи нагальні питання лікувального процесу та проблеми фінансово-господарського характеру, що є однією з основних причин кризового стану громадського здоров'я адміністративних територій в Україні. Через відсутність адекватного управління охороною здоров'я потерпає надання первинної медичної допомоги на рівні сільських та селищних територіальних громад. Наслідком такого стану є незадовільні демографічні показники, вищий рівень захворюваності й смертності сільського населення порівняно з міським, проблеми кадрового забезпечення та оснащення медичних закладів, а всі ці чинники породжують соціально-економічні проблеми регіонів України.

Особливістю державного управління галузі на районному рівні є відсутність окремого підрозділу органу виконавчої влади з координації та управління охороною здоров'я. Необхідно звернути увагу, що постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження рекомендаційних переліків управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій" передбачено створення відділу охорони здоров'я. При цьому практичного втілення не відбувається, за винятком окремих регіонів, але й там нечітко визначені функції, штатний розпис та порядок взаємодії з лікувальними закладами району.

Специфіка функціонування системи охорони здоров'я міських територіальних громад в Україні визначається багатьма чинниками.

Так, відомо, що міська громада порівняно з сільською має низку переваг в отриманні медичних послуг через краще розвинену логістику системи охорони здоров'я, вищий рівень забезпечення галузі кадровими

ресурсами, інформаційне забезпечення, що й визначає якість медичних послуг. Завдяки розвиненій системі житлово-комунального господарства, транспортного сполучення, стану доріг відчутною є доступність до медичних послуг. Проте існує низка факторів, які зумовлюють погіршення стану громадського здоров'я, поширення інфекційних та неінфекційних хвороб, травматизму, внаслідок чого охорона здоров'я і місцеві громади зазнають великих фінансових втрат.

До таких факторів, у першу чергу, належать:

- низька якість повітря, води та продуктів харчування;
- концентрація людей на одній території (навчальні заклади, торговельні заклади, ринки, міський транспорт тощо);
- велика кількість бездомних тварин;
- вплив сторонніх шумів та велика кількість транспорту тощо.

Важливими для матеріально-фінансового благополуччя системи охорони здоров'я усіх міст України є великі затрати на безоплатне медичне обслуговування громадян, котрі стихійно (в пошуках роботи або з інших причин) переселяються без реєстрації у міста з сільської місцевості. Організаційну основу управління охороною здоров'я на рівні міських населених пунктів забезпечують міські голови та органи місцевого самоврядування – міські ради, в тому числі через створені ними виконавчі комітети. Свою діяльність вони здійснюють на основі Конституції України та законів України. Основним законом, який регламентує роботу міських рад у галузі охорони здоров'я, є Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні”, що й було розглянуто вище.

Ст. 26 цього Закону передбачає затвердження міською радою структури виконавчих органів. У цій структурі утворюються управління (відділи) охорони здоров'я міських рад, до відома яких належать організація системи охорони громадського здоров'я та координація діяльності лікувально-профілактичних закладів різних форм власності (рис.3).

Призначення керівника та його заступників входить до повноважень міського голови.



Рисунок 3. Функціонально-структурна схема-модель управління охороною здоров'я на рівні міст

Проблемою залишається вивчення принципів розробки та запровадження на всій території України окремих повноважень управлінь (відділів) охорони здоров'я міських рад щодо виконання власних та делегованих повноважень, що мають бути відображені у відповідних нормативних актах (положеннях).

У процесі вивчення затверджених та чинних положень про управління охорони здоров'я за окремими критеріями з'ясовано, що лише у двох управліннях структура положення відповідає типовому частково, а в чотирьох не відповідає зовсім. У той же час виконання власних (самоврядних) повноважень, передбачених ст. 32 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, сповна відображено лише в одному випадку, у п'ятих — частково. Співпраця з громадськими організаціями та залучення їх до управління охороною здоров'я прописані у трьох статутах,

проте в інших трьох така форма роботи взагалі не передбачена. Надто важливою ділянкою діяльності управлінь охорони здоров'я міських рад є співпраця з приватним сектором надання медичної допомоги. Форми такої діяльності лише побіжно виписані у двох управліннях, а в чотирьох – даний напрям не передбачений.

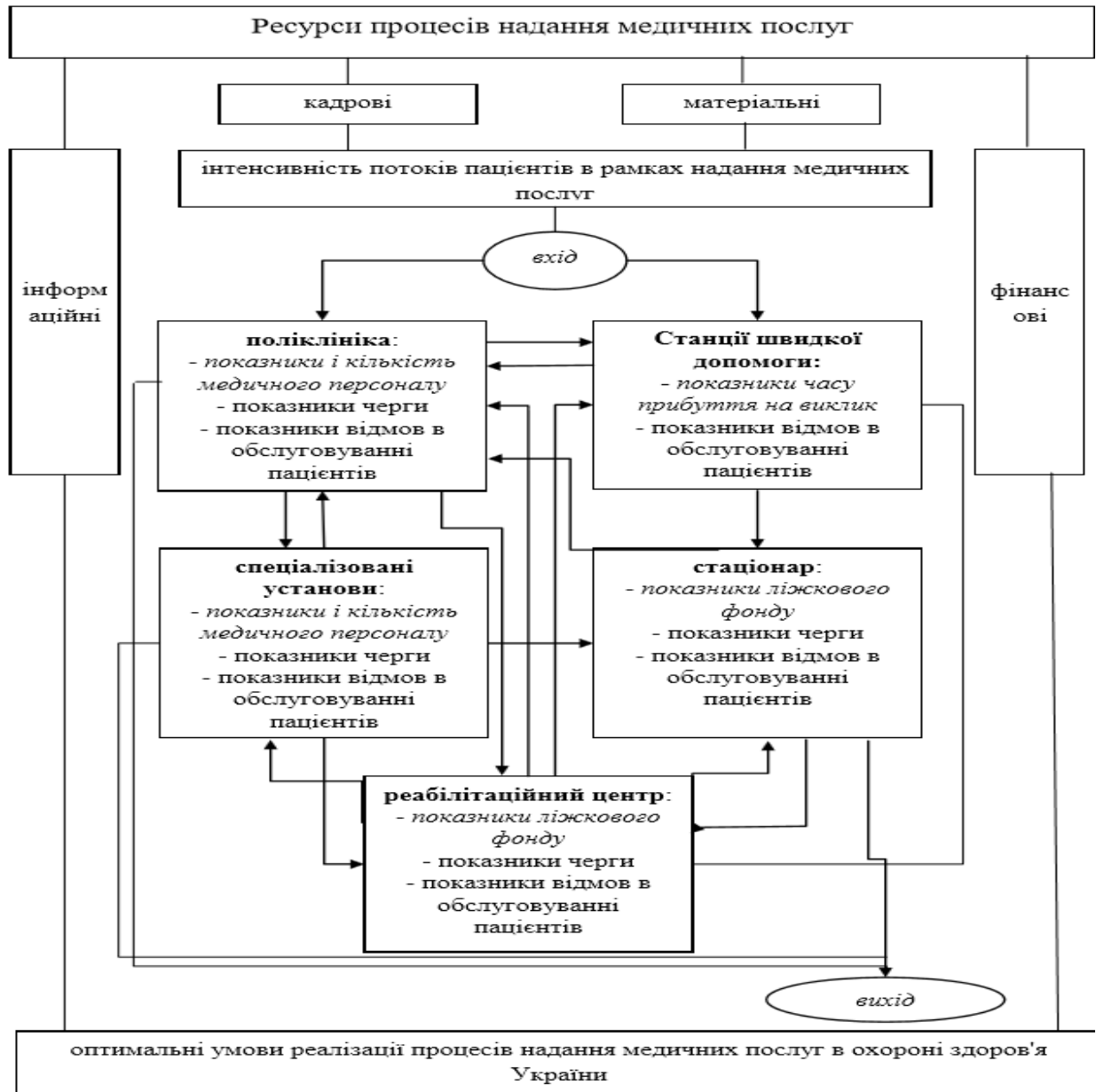


Рисунок 4. Використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України

Санітарно-освітня робота, вирішення екологічних, житлово-побутових, матеріальних проблем населення, профілактика побутового та виробничого травматизму, шкідливі звички – це ті чинники міжгалузевої

взаємодії, з вирішенням яких можна покращити стан громадського здоров'я, показники тривалості життя населення, заощадити бюджетні кошти. Проте міжгалузева взаємодія частково виписана у повноваженнях лише трьох управлінь, а ще у трьох – відсутня. Організація санітарно-освітніх заходів регламентована в одному випадку, а в п'яти взагалі не передбачена.

У Положенні про управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради записано, що начальник управління має право призначати на посади та звільняти керівників лікувально-профілактичних установ міста, що належать до комунальної власності. Дані повноваження суперечать ст. 42 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, оскільки це прямі повноваження міського голови.

Лікувально-профілактичні заклади функціонують як бюджетні і фінансуються з бюджетів міст, рис 4. Свою роботу вони вибудовують на основі статутів, затверджених міською радою. Керівників комунальних закладів охорони здоров'я призначає та звільняє міський голова.

1.3. Характеристика основних показників впровадження медичної реформи на регіональному рівні

Концептуальні засади реформування охорони здоров'я на регіональному рівні реалізуються через місію, цілі, завдання, принципи проектного підходу й управління системою, сучасні стратегії ефективного розвитку, трансформацію функцій управління, удосконалені механізми та інші управлінські важелі.

В умовах реалізації державних завдань щодо реформування медичної галузі ефективність реформ повинна мати кількісний вимір. Сьогодні таке оцінювання діяльності органів влади з реалізації медичної реформи здійснюється на рівні МОЗ України та Кабінету Міністрів України за такими категоріями:

I. Індикатори стану здоров'я населення.

II. Індикатори ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я.

III. Індикатори ходу проведення реформ у системі охорони здоров'я.

IV. Індикатори впливу регіональних органів влади на розбудову системи охорони здоров'я.

V. Індикатори оцінки діяльності системи охорони здоров'я.

VI. Профілактична діяльність системи охорони здоров'я.

VII. Доступність та якість медичної допомоги.

Результати моніторингу реформування системи охорони здоров'я використовуються виключно для прийняття управлінських рішень щодо подальшого розвитку системи медичного обслуговування населення та реформування системи охорони здоров'я в Україні і не можуть бути застосовані з іншою метою.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування пілотних регіонів мають право вносити до центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я пропозиції щодо реалізації пілотного проекту на території таких регіонів. Місцеві державні адміністрації пілотних регіонів забезпечують залучення громадськості, зокрема асоціацій пацієнтів, до проведення моніторингу та здійснення контролю якості медичної допомоги та медичного обслуговування у пілотних регіонах.

Оцінювання впливу регіональних органів влади на розбудову системи охорони здоров'я здійснюється Кабінетом Міністрів України та центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я за допомогою спеціально розроблених індикаторів, які здатні виступати як стимулятори (дестимулятори) організаційних змін. Розглянемо ці індикатори:

- індикатори-стимулятори: виділено квартир для медичних працівників (од.); надано безвідсоткових кредитів медичним працівникам для придбання житла (грн); виділено будинків для медичних працівників (од.); оплата за навчання медичних працівників за кордоном (кількість осіб); оплата за навчання медичних працівників для сільської місцевості за

цільовим призначенням (кількість осіб); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для придбання вакцин (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для придбання медикаментів (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для придбання автотранспорту (од.); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для придбання медичного обладнання (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для проведення капітальних ремонтів закладів охорони здоров'я (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для проведення капітальних ремонтів закладів охорони здоров'я в сільській місцевості (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для інформатизації системи охорони здоров'я (грн на 1 особу); виділено додатково коштів з обласного та місцевих бюджетів для придбання друкованих видань для медичних бібліотек (грн на 1 особу); кількість недобудованих об'єктів охорони здоров'я (од.), із них кількість об'єктів охорони здоров'я, на яких будівництво відновлено (%); створено центрів ПМСД (% до кількості адміністративних територій); створено госпітальних округів (% до проектної кількості); питома вага закладів охорони здоров'я, оснащених відповідно до табелів оснащення (% до всієї кількості ЛПЗ); питома вага закладів охорони здоров'я, з якими укладено угоди на надання медичної допомоги як державне замовлення (% до всієї кількості ЛПЗ); кількість приватно практикуючих сімейних лікарів, з якими укладено угоди на надання первинної медико-санітарної допомоги (% від загальної кількості сімейних лікарів);

- індикатори-дестимулятори: питома вага неакредитованих закладів охорони здоров'я (%);

- інші індикатори впливу: організація роботи центрів здоров'я відповідно до галузевих нормативів; фінансування обласних програм з охорони здоров'я у повному обсязі (% від загальної кількості прийнятих програм); питома вага закладів охорони здоров'я в сільській місцевості, які

не мають аптечних пунктів (%); питома вага закладів охорони здоров'я в сільській місцевості, які не мають стаціонарного телефонного зв'язку (%); питома вага ФАПів, які не забезпечені велосипедом (%).

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

1. Проведено дослідження правового регулювання, організаційних та правових основ державного управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад в Україні.

2. Доведено, що в Україні збережена централізована система охорони здоров'я, що веде до неспроможності держави забезпечити потреби суспільства у здравоохоронній сфері через недосконалість управлінських інституцій та брак фінансових і матеріальних ресурсів переважно на рівні місцевого самоврядування.

3. Виявлено ряд несумісностей у законодавстві, що регулює діяльність органів місцевого самоврядування та державної виконавчої влади в управлінні закладами охорони здоров'я як об'єктами комунальної власності.

4. Проаналізовано чинну функціонально-структурну модель управління охороною здоров'я на рівні адміністративних районів і доведено її складність та функціональну неспроможність забезпечити координацію з охорони громадського здоров'я, а також принципи міжгалузевої взаємодії в управлінні. Доведено відсутність єдиних підходів та принципів управління охороною громадського здоров'я територіальних громад.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ЕЛЕМЕНТІВ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка рівня задоволеності населення медичною допомогою

Оцінка якості медичних послуг населенням в Україні є найнижчою серед країн Центральної та Східної Європи. За результатами дослідження Соціологічної групи «Рейтинг» у 2019 р., лише 24% опитаних добре оцінили якість медичного обслуговування у бюджетному секторі. Тільки 27% населення зазначили, що звернулися б до бюджетного ЗОЗ, якщо не зважати на гроші. Водночас, у 2019 р. кожний п'ятий вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася (у 2017 р. таких було близько 10%). Роботу лікарів оцінюють значно краще, ніж стан медицини загалом. У 2017–2019 рр. задоволеність лікарями первинної ланки коливалася від 64% до 76%; вузькопрофільними спеціалістами – від 42% до 66%. Задоволеність населення послугами приватних медичних закладів є значно вищою: серед тих, хто впродовж минулого року відвідував приватний медичний заклад, майже 90% оцінили роботу лікарів як добру.

Ще до початку кампанії з підписання декларацій задоволеність сімейним лікарем була вищою, ніж іншим медичним персоналом. Станом за 2019 р. чотири з п'яти мешканців України підписали декларацію з сімейним лікарем, близько 70% задоволені своїм вибором (Рис. 5). Третина пацієнтів, які обрали свого сімейного лікаря та підписали з ним декларацію, відмічали, що лікар був уважнішим та чемнішим; приблизно кожен п'ятий відмітив, що стало простіше записатися та потрапити до лікаря.

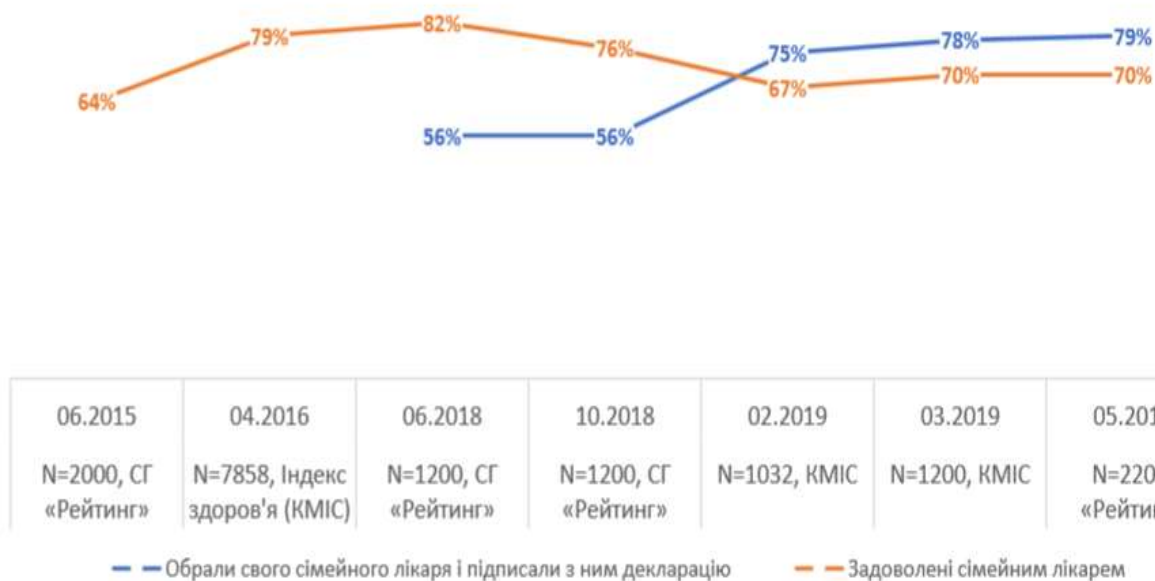


Рисунок 5. Динаміка рівня задоволеності сімейним лікарем в Україні, 2015–2019 рр.,

За даними національних досліджень

Існують відмінності в рівні задоволеності медичною допомогою та КРОЗ за регіонами (Рис. 6). Загалом населення Волинської, Житомирської, Львівської, Харківської Миколаївської та Херсонської областей найбільш задоволене своїми сімейними лікарями (рівень задоволеності – понад 80%) та вузькопрофільними спеціалістами (рівень задоволеності – понад 75%). Найменш задоволеними є мешканці Сумської, Кіровоградської та Запорізької областей, де половина чи більше населення не задоволена лікарями первинної ланки та спеціалізованої допомоги.

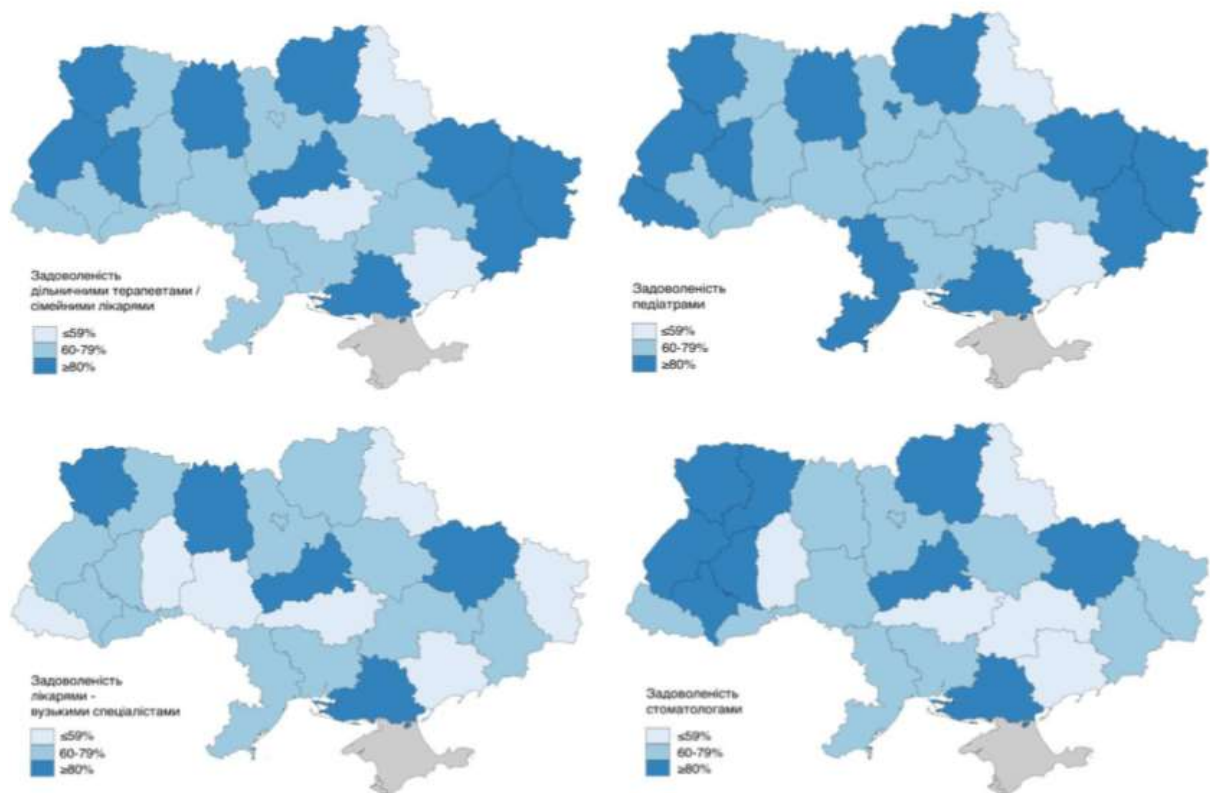


Рисунок 6. Регіональні відмінності у рівні задоволеності різними групами медичних працівників та медичної допомоги, 2018 р., %

Джерело: Індекс здоров'я. Україна-2018.

І в амбулаторній, і у стаціонарній допомозі основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. За даними дослідження «Індекс здоров'я» у 2018 р.³¹, 44% опитаних погано оцінили можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження в амбулаторних умовах; щодо стаціонарної допомоги, то 66% пацієнтів погано оцінили забезпеченість ліками, а 44% – якість харчування. Тільки 5% погано оцінили чемність лікарів під час отримання амбулаторних послуг, 8% опитаних вважали незрозумілими лікарські пояснення. Під час перебування у стаціонарі недобррозичливе ставлення лікарів та медичних сестер відмітили 8% та 9% пацієнтів відповідно. Водночас, майже кожен п'ятий (19%) погано оцінив дотримання медичним персоналом гігієни огляду та процедур під час надання амбулаторних послуг. Дуже низький рівень довіри до професійної компетентності медперсоналу. За даними Київського міжнародного інституту

соціології, у 2019 р. тільки близько половини населення (51%) впевнені у професіоналізмі та компетентності працівників медичних закладів, 61% – у професіоналізмі працівників швидкої допомоги та 66.5% – у професіоналізмі працівників аптек.

2.2. Оцінка відповідності характеристик кадрових ресурсів системи охорони здоров'я (КРОЗ) потребам населення

Відповідність тягарю захворюваності. Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року (або Цілі сталого розвитку) визначає ціль «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку» шляхом загального, універсального охоплення послугами охорони здоров'я. В аспекті розуміння ролі кадрового потенціалу для забезпечення універсального доступу до охорони здоров'я ВООЗ рекомендує орієнтуватися на дефіцит між потребою в медичних працівниках та їх наявністю. Формування ринку праці в охороні здоров'я має починатися саме з потреб населення, а не попиту чи пропозиції, для запобігання невідповідності кількості та структури медичних кадрів.

В Україні національна оцінка потреб у лікарях та медичних сестрах не здійснювалася. Окремі приклади демонструють невідповідність структури КРОЗ попиту й потребам населення. Так, низка регіонів має велику чисельність акушерів-гінекологів, проте низьку кількість пологів. В Україні середня кількість пологів на одну посаду лікаря-акушера-гінеколога становить 66.6 за рік (для порівняння: в США – близько 100 за рік¹²) (Рис. 7).

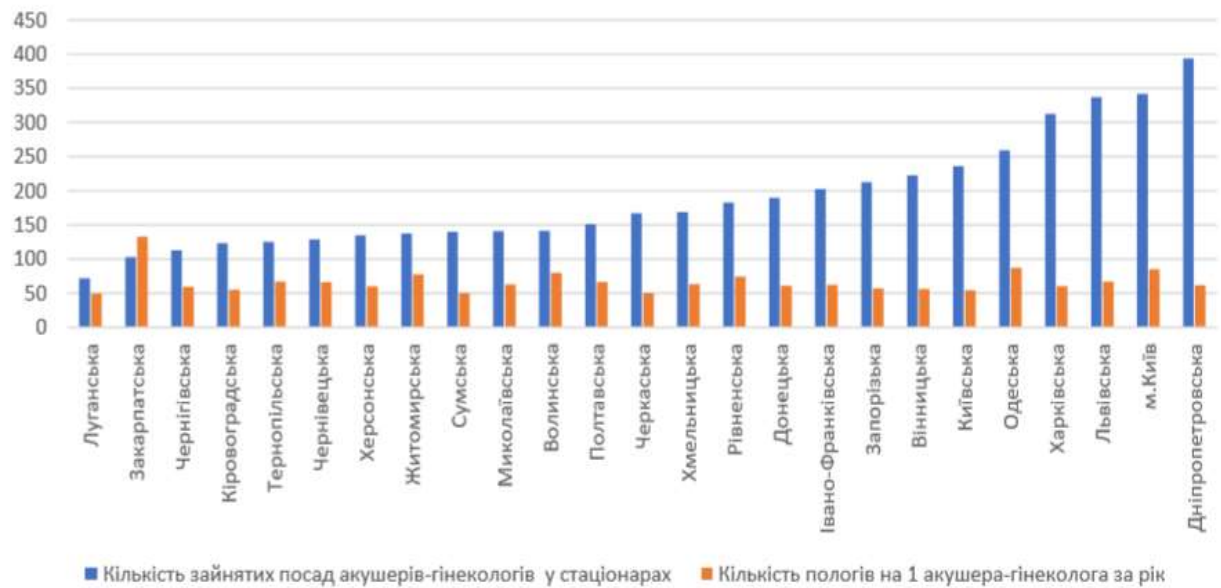


Рисунок 7. Кількість посад акушерів-гінекологів у стаціонарах та пологів на одного акушера-гінеколога за рік, за регіонами, 2018 р.

За даними профайлу України за 2019 р. у звіті «Глобальний тягар захворюваності», фактична тривалість життя чоловіків та жінок менша за очікувану на 7,3 та 1,8 року відповідно. Основними причинами смерті є неінфекційні захворювання (ішемічна хвороба серця та інсульт, хвороба Альцгеймера, цироз печінки, різні онкологічні захворювання), на другому місці – зовнішні причини (самогубства, смертність на дорогах), на третьому – інфекційні захворювання (захворювання нижніх дихальних шляхів, захворювання, пов’язані з ВІЛінфекцією, туберкульоз). Показник DALY (Disability Adjusted Life Years – роки життя, скориговані на інвалідність) у 2019 р. частково повторював картину показника смертності, але демонстрував інші пропорції між захворюваннями, що свідчить про нові фактори ризику втрати працездатності та життя (Рис. 8).

Основні причини передчасної смерті	Основні причини непрацездатності/інвалідності	Основні фактори ризику смертності та інвалідності
<ul style="list-style-type: none"> • Серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця, інсульти, кардіоміопатія) • Хвороби печінки (цироз) • Психічні розлади (самопошкодження, хвороба Альцгеймера) • Рак легень (онкологія) • Зловживання алкоголем (хвороби печінки, психічні розлади, травмування) • Травмування (смерть внаслідок дорожнього випадку) • Хвороби дихальних шляхів (інфекції, пневмонії) 	<ul style="list-style-type: none"> • Біль у поясиці • Головний біль • Травмування внаслідок падінь • Депресія • Діабет • Втрата слуху • Інсульт • Зловживання алкоголем • Неонатальні хвороби • Хвороби ротової порожнини 	<ul style="list-style-type: none"> • Поведінкові ризики: <ul style="list-style-type: none"> • Обмеження дієти • Тютюнопаління • Зловживання алкоголем • Низька фізична активність • Ризики метаболічного процесу: <ul style="list-style-type: none"> • Високий кров'яний тиск • Холестерин • Високий індекс маси тіла • Високий рівень глюкози в крові • Порушення функції нирок • Ризики зовнішнього середовища: <ul style="list-style-type: none"> • Забруднення повітря

Рисунок 8. Основні причини передчасної смерті, непрацездатності та фактори ризику в Україні, 2019 р.

Джерело: «Глобальний тягар захворюваності», 2019 р.

Отже, основний тягар захворювань в Україні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, які, у свою чергу, спричиняють ризики метаболічного процесу. Також звертає на себе увагу значна частка причин, пов'язаних із психічним здоров'ям. Така структура тягара захворюваності зумовлює необхідність розширення функцій первинного рівня медичної допомоги та збільшення частки КРОЗ первинної ланки у загальній структурі медичної допомоги. Натомість практика, що склалася в Україні, являє собою перевернуту піраміду, де максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги, коли пацієнт, «минаючи» сімейного лікаря, «направляє» сам себе до вузькопрофільного спеціаліста (Рис. 9).

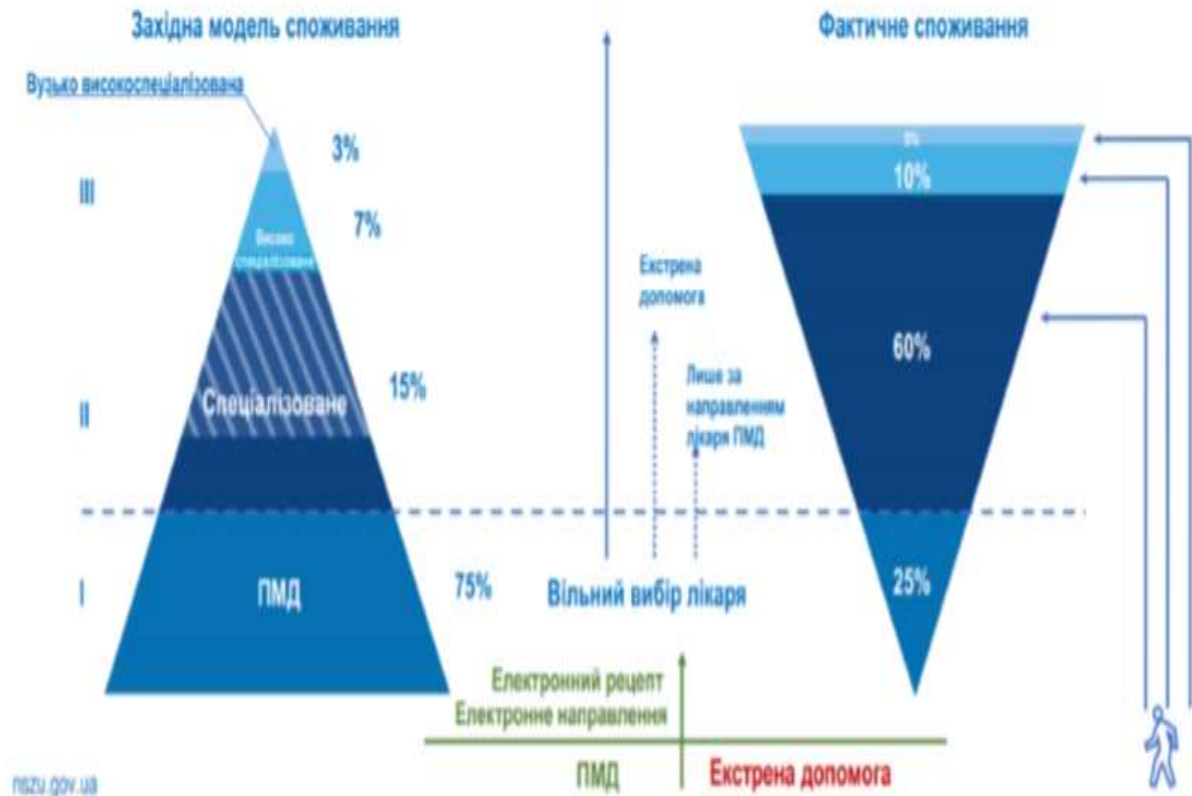


Рисунок 9. Частка медичних послуг, яку отримує населення на різних рівнях медичної допомоги: західна модель та ситуація в Україні, за даними НСЗУ, %

Відповідно до реформи первинної ланки в Україні, лікар загальної практики – сімейний лікар має виконувати широкий спектр завдань як на рівні окремого пацієнта, так і на рівні громади. У рамках реформування інших сфер охорони здоров'я (таких як екстрена допомога, неінфекційні захворювання, психічне та громадське здоров'я) також передбачено низку завдань, які мають виконуватися на первинному рівні (Табл. 1). Але для реалізації цих функцій слід провести планування кількості необхідних кадрових ресурсів (лікарів та медичних сестер ЗПСМ), відповідності їх рівня знань та кваліфікації, а також достатнього обсягу ресурсів для виконання поставлених завдань.

Таблиця 1

Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів ЗПСЛ відповідно до національних концепцій/стратегій у різних сферах охорони здоров'я

	На рівні пацієнта	На рівні громади	Організаційно-координаційна діяльність
Основні завдання ¹⁵	Надання первинної допомоги, невідкладної допомоги, ведення випадків з кількома захворюваннями Оцінка потреб та соціальних обставин пацієнта Організація безперервної медичної допомоги	Оцінка епідемічних ризиків Просвіта щодо здоров'я, пропагування здорового способу життя Організація щеплень	Координація допомоги з іншими рівнями та видами Участь в організації медико-соціальної та психологічної допомоги
Громадське здоров'я ¹⁶	Розширення повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я – від профілактичних до паліативних	Аналіз стану здоров'я населення Масова профілактика захворювань Участь у санітарно-просвітницькій роботі Навчання з питань здорового способу життя	Координація та проведення спільних заходів
Неінфекційні захворювання ¹⁷	Оцінка індивідуального ризику неінфекційних захворювань, клінічні обстеження Виявлення факторів ризику системи кровообігу (SCORE), цукрового діабету		Просвіта щодо неінфекційних захворювань
Психічне здоров'я ¹⁸	Оцінка психічного здоров'я Надання допомоги		
Екстрена допомога ¹⁹	Ефективне реагування на виклики, які не потребують екстреної допомоги		Взаємодія зі службою екстреної допомоги

2.3. Оцінка умов праці та організаційних практик

Зважаючи на те що повна характеристика інституційного середовища в бюджетних ЗОЗ є досить широкою, в цьому ситуаційному аналізі розглянуто окремі компоненти, які відображають рівень привабливості, безпечності та зручності виробничого середовища для лікарів та медичних сестер. Проаналізовано складові інституційного середовища:

- умови праці, включаючи облаштування робочих місць, забезпеченість необхідним обладнанням та устаткуванням, безпека і захищеність на робочому місці;

- організаційні практики: формування бачення розвитку, участь у командній роботі, наявність механізмів залучення до планування та прийняття рішень тощо.

Умови праці. Необхідний мінімальний набір умов праці медичних працівників у бюджетних ЗОЗ загалом забезпечується. Облаштування робочого місця медичного працівника регламентовано примірними таблицями оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення, які затверджено, зокрема, наказами МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування», від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження примірного таблиця матеріально-технічного оснащення ЗОЗ та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» тощо. Відповідність забезпеченості ЗОЗ медичною технікою та медичними виробами вимогам контролюється на етапі отримання закладом охорони здоров'я ліцензії на медичну практику за визначеними спеціальностями (Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285). Також контроль питання відповідності матеріально-технічного забезпечення робочих місць медичних працівників функціям, які вони виконують за посадою, перевіряється щонайменше кожні п'ять років під час проходження закладом охорони здоров'я державної акредитації (Стандарти акредитації ЗОЗ, наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142).

Загалом керівники ЗОЗ, які взяли участь у глибинних інтерв'ю, оцінили облаштування робочого місця як достатнє в аспекті забезпеченості необхідним обладнанням та медичними виробами. У той же час, практично всі респонденти вказували на те, що їм бракує більш нового,

високотехнологічного обладнання, яке б дало можливість максимальної професійної самореалізації. За результатами дослідження Р.Л. Картавцева, можливість надавати медичну допомогу у визначених клінічних протоколах обсягах у закладах спеціалізованої медичної допомоги мають 20% опитаних лікарів, у закладах високоспеціалізованої медичної допомоги – 37.5%. Найбільше задоволені забезпеченістю високотехнологічним обладнанням акушери-гінекологи (58%) та хірурги (53%), а найменше – пульмонологи (32%) та анестезіологи (30%).

Іншим важливим компонентом оцінки умов праці медичних працівників у бюджетних ЗОЗ є відповідність фізичного середовища комфортним умовам праці, рівень безпечності виробничого середовища та рівень психологічного комфорту. Ці питання врегульовано статтями 259–260 КЗпП та колективним договором у ЗОЗ, де передбачено процедуру атестації робочих місць із визначенням шкідливих умов праці та отримання працівниками відповідних пільг, компенсацій та/або періодичних профілактичних медичних оглядів на безоплатній основі. Окремо передбачено та виконується в обов'язковому порядку право медичних працівників на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування. Також урегульовано питання забезпечення медичного персоналу санітарним одягом і засобами індивідуального захисту, і це питання контролюється (пункт 7.7 Стандартів акредитації ЗОЗ) на постійній основі.

За результатами інтерв'ю з експертами було виявлено низький рівень поінформованості лікарів та медичних сестер про заходи, які здійснюються з метою створення комфортних та безпечних умов праці, зокрема щодо страхування на випадок виникнення професійного захворювання, захворювання на туберкульоз, інфікування ВІЛ. Виняток становлять є лише медичні працівники спеціалізованих ЗОЗ –

протитуберкульозних диспансерів або центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Захищеність медичних працівників від неправомірних або агресивних дій відвідувачів медичних закладів окремо не врегульовано в ЗОЗ. Наявність охорони або системи екстреного виклику поліції нормативними документами не вимагається. В окремих ЗОЗ є штатна охорона, яка може реагувати у випадку виникнення екстрених ситуацій, але це не є поширеною та обов'язковою практикою.

Організаційні практики Загалом у більшості ЗОЗ залишилися традиційна практика короткострокового планування розвитку на наступний бюджетний рік. На думку керівників закладів, основна проблема відсутності довготривалого стратегічного планування роботи закладу полягає у двох визначальних чинниках:

- Нинішня система бюджетного фінансування у формі лінійного бюджету з чітко визначеними статтями видатків у межах одного календарного року. Це не дає змоги планувати впровадження довгострокових та середньострокових інвестиційних проектів для покращення матеріально-технічної бази. Керівник, віднайшовши якісь ресурси в поточному році на початок інноваційного проекту, не може прогнозувати наявність ресурсів на його продовження в наступному і не має навіть теоретичної можливості акумулювати ресурси на наступний рік у поточному календарному році.

- Невизначеність умов функціонування закладу в процесі реформування системи охорони здоров'я (форма господарювання, автономність, можливість залучення кредитних коштів тощо). Відсутнє розуміння того, в якому обсязі, з яких джерел та з якою періодичністю буде надходити фінансування, яка частка комунального бюджету йтиме на утримання закладу, як буде здійснюватися передача майна при переході підприємства в оперативне управління тощо.

Усі наради з питань розвитку закладу або його структурних підрозділів, які відбуваються в ЗОЗ, проводяться переважно за участю

керівника, його заступників, керівників структурних підрозділів та фінансових служб. У багатопрофільних медичних закладах до таких нарад можуть залучатися обласні або районні спеціалісти за спеціальностями. Інформування працівників закладів відбувається вже на нарадах у структурних підрозділах на етапі початку реалізації проекту розвитку та з урахуванням ступеня їх причетності до реалізації. Практикуючі лікарі-ординатори, медичні сестри відділень рідко залучаються до розробки таких планів. Практика створення спеціальних робочих груп фахівців, команд із розробки планів розвитку за участю практикуючих лікарів та медичних сестер є мало поширеною.

Є різні моделі розробки КПЕ. Одна з найпоширеніших моделей – збалансована система показників (Balanced scorecard), розроблена Капланом та Нортон, відповідно до якої ефективність діяльності розглядається в чотирьох вимірах: перспектива отримувача послуги – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає потребам та очікуванням пацієнтів; перспектива внутрішнього менеджменту – наскільки діяльність персоналу закладу охорони здоров'я відповідає визначеним стратегіям, стандартам та протоколам; перспектива постійного вдосконалення – наскільки персонал закладу охорони здоров'я залучається до навчання впродовж життя, участі у професійних заходах, конференціях тощо; фінансова перспектива – ефективність використання ресурсів для досягнення визначених цілей.

На національному рівні роль та види КПЕ у сфері охорони здоров'я частково визначено в нормативно-правових документах, які регулюють систему якості медичної допомоги в Україні:

- наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;

- наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;

- наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги»;

- наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги».

Жоден із наведених документів не містить переліку конкретних та вимірюваних індикаторів оцінки якості медичної допомоги. Ці індикатори відображали КПЕ у вимірі перспективи внутрішніх процесів (якість послуг) та перспективи пацієнтів (задоволеність). Індикатори здебільшого фокусувалися на охопленні послугами і на результативності лікування; їх було структуровано за рівнями надання допомоги, а не за категоріями персоналу. Задоволеність пацієнтів пропонувалося аналізувати тільки в межах вторинної та третинної допомоги.

Відповідно до положень про контроль якості, вимірювання визначених показників для лікарів та медсестер здійснюється як експертна оцінка медичної ради закладу, до якої зазвичай входять керівник закладу, завідувачі відділень і старші медсестри. Кожен з індикаторів для лікарів та медсестер має певну кількість балів та коефіцієнти зниження оцінки у випадку виявлення порушень. Якщо оцінка є низькою, робота працівника розглядається на зборах трудового колективу, де приймається відповідне рішення про усунення недоліків. Нормативні документи здебільшого не визначають, як часто має здійснюватися така оцінка і яка вибірка хворих чи медичної документації береться до уваги. Часто індикатори є досить абстрактними, і їх складно виміряти. Наприклад, у Миколаївській обласній клінічній лікарні було визначено 60 показників ефективності діяльності та якості медичної допомоги, серед яких 16 показників

2.4. Оцінка ролі професійних медичних асоціацій у розвитку кадрових ресурсів

В Україні медичні професії, в тому числі професія лікаря, не належать до саморегульованих. Слід зазначити, що існує ціла низка прикладів реалізації в українських умовах міжнародних підходів до регуляції незалежних професій: судді, адвокати, нотаріуси, аудитори. Їхня діяльність визначається окремими спеціальними законами України: «Про судоустрій і статус суддів», «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», «Про нотаріат», «Про аудиторську діяльність». Попри кілька спроб прийняти аналогічний спеціальний закон про діяльність лікарів, жоден із законопроектів не було підтримано парламентарями.

Нині професійні медичні асоціації в Україні працюють у рамках Закону України «Про громадські об'єднання», як і будь-яка громадська організація. Відповідно до частини 1 статті 36 Конституції України, громадяни мають право на свободу об'єднання в політичні партії та громадські організації для здійснення і захисту своїх прав і свобод та задоволення політичних, економічних, соціальних, культурних та інших інтересів (за винятком обмежень, встановлених законом в інтересах національної безпеки та громадського порядку, охорони здоров'я населення або захисту прав і свобод інших людей). Членство в громадській організації може бути тільки добровільним, а права і обов'язки членів таких організацій визначаються статутами організацій.

В Україні зареєстровано понад 300 професійних медичних асоціацій, які працюють як громадські організації. Вони є окремими юридичними особами приватного права і можуть бути як місцевими, так і всеукраїнськими. Відповідно до вимоги Закону України «Про громадські об'єднання», статус всеукраїнської громадської організації діє, якщо є відокремлені структурні підрозділи в більшості регіонів. Зазвичай такі організації створюються навколо певного лідера, який часто є засновником і незмінним керівником асоціації. Досить поширена практика, коли керівники медичних асоціацій обіймають певну владну посаду (наприклад, завідувача кафедри в університеті, керівника медичного закладу, керівника

департаменту охорони здоров'я, члена атестаційної комісії) та використовують свою посаду для залучення членів. Один лікар може бути членом кількох громадських організацій різного рівня і професійної належності.

У різних країнах професійні медичні асоціації виконують такі функції:

- допуск до медичної практики, надання/припинення права на практику (ліцензування);
- дисциплінарна відповідальність;
- ведення реєстру медичних працівників;
- участь у розробці політики охорони здоров'я, в т. ч. кадрової;
- представницькі функції професії, колективні міжпрофесійні переговори;
- формування і просування позитивного іміджу професії;
- навчання, облік та контроль безперервного професійного розвитку;
- дослідження та управління знаннями;
- розробка і впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів;
- етичні норми професії.

Допуск до медичної практики. В Україні процес допуску до медичної практики реалізується не через ліцензування лікарів, а через їх атестацію. Процес ліцензування, відповідно до українського законодавства, може застосовуватись лише до господарської діяльності і поширюється на заклади охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців.

За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною. Наприклад, склад атестаційної комісії для первинної спеціалізації затверджує ректор ЗВО, де проводиться підготовка або перепідготовка лікарів. Теоретично не виключається можливість для

професійних медичних асоціацій делегувати своїх представників до атестаційної комісії ЗВО, але в наказі такої прямої норми не передбачено. На практиці члени атестаційної комісії ЗВО можуть бути керівниками або членами профільних професійних медичних асоціацій і формально представляти інтереси професії. Однак конфлікт інтересів, закладений у процедуру атестації (ЗВО навчає лікаря і потім сам оцінює професійний рівень його підготовки), призводить до ситуації, коли допуск до професійної діяльності стає лише формальним завершенням навчання.

Атестаційні комісії для присвоєння лікарської категорії створюються при департаментах охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Їх склад визначається керівництвом департаменту. Відсутність обов'язкових нормативних вимог до забезпечення балансу інтересів робить діяльність таких комісій залежною від керівництва департаменту, яке формує склад комісії. Так само як і для атестаційних комісій ЗВО, не виключається можливість для професійних асоціацій делегувати своїх представників до атестаційної комісії департаменту охорони здоров'я, але в наказі такої прямої норми не передбачено. Тому на практиці участь професійних асоціацій в роботі атестаційних комісій залежить від позиції голови департаменту охорони здоров'я і взаємин з керівниками місцевих професійних асоціацій.

Дисциплінарна відповідальність. Важливим інструментом у дисциплінарних питаннях можуть бути клініко-експертні комісії (КЕК). Роботу КЕК регламентовано наказом МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування». Згідно з наказом, до складу КЕК входять працівники відповідного органу охорони здоров'я, спеціалісти, які мають відповідну кваліфікацію за спеціальністю, а також можуть входити інші фахівці та представники громадських організацій, асоціацій у сфері охорони здоров'я, представники професійних спілок, їх об'єднань у сфері охорони здоров'я, організацій роботодавців, їх об'єднань у галузі охорони здоров'я (за їхньою згодою). Ця потенційна можливість має суттєве обмеження у вигляді

одностороннього рішення департаменту охорони здоров'я про включення або не включення представників професійної асоціації до складу КЕК.

Клініко-експертна оцінка якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування проводиться у випадках смерті пацієнтів, розбіжності між встановленими діагнозами, недотримання закладом охорони здоров'я або лікарем-ФОП стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами заявника та/або особи, яка представляє інтереси заявника. І хоча наказом передбачено, що КЕК перевіряє кваліфікацію медичних працівників, які надавали пацієнтові медичну допомогу та медичне обслуговування, на практиці ця норма зводиться лише до перевірки документів про наявність сертифіката лікаря-спеціаліста і свідоцтва про атестацію на лікарську категорію. Інших нормативних механізмів щодо перевірки кваліфікації не передбачено, і тому будь-які інші дії КЕК може бути оскаржено в суді.

Висновки КЕК мають рекомендаційний характер, оскільки вона є консультативно-дорадчим органом. КЕК має право інформувати МОЗ та департаменти охорони здоров'я про кваліфікацію спеціалістів, які надавали медичну допомогу та медичне обслуговування, для вжиття відповідних заходів реагування в разі виявлення порушень. Таким заходом реагування є позачергова атестація. Однак, за оцінкою МОЗ, такі заходи здійснюються лише в окремих областях. Упродовж 2019 р. КЕК перевірили 3 437 звернень і в 10% випадків знайшли порушення. Проте рішення про позачергову атестацію було винесено лише в 67 випадках у Миколаївській (28 випадків), Дніпропетровській (21), Львівській (6), Донецькій (5), Івано-Франківській та Тернопільській (по 3 випадки), Рівненській (1) областях; КЕК інших восьми областей не приймали таких рішень. Результати цих 67 рекомендацій не досліджувались, тобто не можна встановити, чи цей механізм взагалі працює.

Ведення реєстру медичних працівників. В Україні повноцінний реєстр медичних працівників до останнього часу був відсутній. Постановою

Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» передбачено запровадження двох реєстрів – Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру медичних працівників, які є складовою центральної бази даних. Адміністратором центральної бази даних визначено державне підприємство «Електронне здоров'я». Відкритий Реєстр медичних працівників фактично почав формуватися під час проведення кампанії з вибору лікаря ПМД, і станом на серпень 2019 р. база налічує понад 23 тис. записів про лікарів первинної ланки. Дані про інших медичних працівників до центральної бази даних наразі системно не вносяться.

У жодному з перелічених реєстрів немає полів, які б містили дані про належність медпрацівників до професійних медичних асоціацій. Таким чином, верифіковані дані щодо належності медичного працівника до професійної спільноти не збираються.

Участь у розробці політики охорони здоров'я. Залучення професійних організацій до процесів розробки політики охорони здоров'я здійснюється через загальні механізми участі громадськості у формуванні та реалізації державної, регіональної політики, вирішенні питань місцевого значення Постановою Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 № 996 затверджено Порядок проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики.

Органи виконавчої влади щороку складають орієнтовний план проведення консультацій з громадськістю з урахуванням основних завдань, визначених Програмою діяльності Кабінету Міністрів України, Державною програмою економічного і соціального розвитку України, планом законопроектних робіт та іншими документами, а також на підставі результатів проведення попередніх консультацій з громадськістю. Цей план враховує пропозиції громадських рад, утворених при міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, обласних, районних державних адміністраціях. Громадські організації, в тому числі професійні асоціації, можуть ініціювати проведення консультацій з громадськістю з питань, не

включених до орієнтовного плану, шляхом подання відповідних пропозицій громадській раді або безпосередньо органів виконавчої влади. У разі коли пропозиція щодо проведення консультацій з громадськістю з одного питання надійшла не менше ніж від трьох інститутів громадянського суспільства (трьох асоціацій), які діють на відповідній території, такі консультації проводяться обов'язково.

Окремим законом передбачено участь громадськості (в т. ч. професійних асоціацій) та врахування громадської думки в роботі регуляторних органів на всіх етапах їх регуляторної діяльності, обов'язковий розгляд регуляторними органами ініціатив, зауважень та пропозицій, наданих у встановленому законом порядку.

Усі проекти наказів МОЗ як проекти нормативно-правових актів в обов'язковому порядку потребують проведення консультацій з громадськістю у формі публічного громадського обговорення, яке передбачає організацію і проведення конференцій, форумів, громадських слухань, засідань за круглим столом, зборів, зустрічей з громадськістю; теле- або радіодебатів, інтернет-конференцій, електронних консультацій.

Представницькі функції професії. За історичним спадком представницькі функції медичних професій в Україні виконують профспілки. Однак первинні профспілкові організації відповідно до Закону «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» організовуються за місцем роботи або навчання, а не за професійною ознакою. Первинні профспілкові організації можуть об'єднуватися за галузевою, територіальною або іншою ознакою. Так було створено Професійну спілку працівників охорони здоров'я України. Це всеукраїнська добровільна неприбуткова громадська організація, яка об'єднує на добровільній основі за родом професійної діяльності, навчання працівників медичних, фармацевтичних, санаторно-курортних установ, організацій, підприємств, пов'язаних з охороною здоров'я, незалежно від форм власності, осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, а також студентів вищих та учнів середніх навчальних

медичних закладів для консолідації зусиль щодо захисту соціальних та економічних прав і інтересів членів профспілки. Профспілка створена за виробничо-професійним і територіальним принципами.

Практику колективних міжпрофесійних переговорів, наприклад, щодо умов або рівня оплати праці, наразі не впроваджено. Створена у 2018 р. Національна служба здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, при розробці договорів із закладами охорони здоров'я не проводить перед контрактних перемовин і складає вимоги договорів одноосібно. Це саме стосується і тарифів на медичні послуги.

Попри те що Закон «Про громадські об'єднання» дозволяє професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції професії, на практиці роль професійних медичних організацій у цій сфері носить формальний характер.

Формування і просування позитивного іміджу професії .

Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості. Серед прав, які мають професійні медичні асоціації, можна зазначити такі: - вільно поширювати інформацію про свою діяльність, пропагувати свою мету; - провадити відповідно до закону підприємницьку діяльність безпосередньо, якщо це передбачено статутом громадського об'єднання, або через створені в установленому законом порядку юридичні особи, якщо така діяльність відповідає меті громадського об'єднання та сприяє її досягненню; - засновувати з метою досягнення своєї статутної мети засоби масової інформації; - брати участь у порядку, визначеному законодавством, у роботі консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів для проведення консультацій з громадськими об'єднаннями та підготовки рекомендацій з питань, що стосуються сфери їх діяльності.

Крім того, Закон «Про громадські об'єднання» захищає власні найменування і символіку громадської організації і прямо забороняє «використання найменування громадського об'єднання фізичними та юридичними особами, які не належать до цього громадського об'єднання, без згоди такого громадського об'єднання для цілей, не пов'язаних з діяльністю цього громадського об'єднання».

Навчання, облік та контроль безперервного професійного розвитку

Безперервний професійний розвиток медичних працівників в Україні досі здійснювався винятково в закладах післядипломної освіти через проходження формального навчання. Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 було запроваджено нове Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я¹⁶³, відповідно до якого всі лікарі, які провадять професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку своє освітнє портфоліо та підтверджувати щонайменше 50 балів за проходження заходів безперервного професійного розвитку. Документом передбачено, що професійні медичні асоціації можуть бути організаторами заходів інформальної освіти, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку.

Дослідження і управління знаннями. Серед важливих функцій професійних медичних асоціацій є проведення досліджень та агрегація знань у рамках професії. Проведення досліджень в охороні здоров'я може здійснюватися у двох сферах, які мають окреме нормативне регулювання: крім загальних науково-дослідних робіт, окремими нормативними актами регулюються клінічні випробування.

Відповідно до Закону України «Про науково-технічну інформацію», не існує обмежень для професійних асоціацій у проведенні досліджень та створенні науково-технічної інформації (НТІ). Також цим Законом захищається авторське право на результати досліджень – НТІ, що є продуктом інтелектуальної творчої праці, становить об'єкт права

інтелектуальної власності, а відносини щодо її придбання, зберігання, переробки, використання і поширення регулюються чинним законодавством.

Проведення клінічних випробувань регулюється наказом МОЗ України від 23.09.2009 № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики». Наказом визначено, що дослідником може бути «лікар, який має достатню професійну підготовку та досвід лікування пацієнтів, знає правила належної клінічної практики та відповідні нормативно-правові акти. Дослідник несе відповідальність за проведення у місці дослідження клінічного випробування лікарського засобу». Можливість участі професійної асоціації як третьої сторони у клінічних випробуваннях не передбачена.

Професійні медичні асоціації в Україні мають можливості проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу з агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно закріплено як складові товарних відносин, і вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій.

Розробка і впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачено, що галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Таким чином, нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Етичні норми професії. В Україні регуляція етичних норм медичних професій здійснюється відповідно до кількох нормативних актів. Після закінчення медичного закладу вищої освіти всі випускники повинні підписати Клятву лікаря¹⁶⁸. Підписаний випускником текст Клятви лікаря зберігається в його особовій справі, а в дипломі робиться відмітка про прийняття Клятви лікаря. Іншим документом з питань медичної етики є Етичний кодекс лікаря України, прийнятий 27 вересня 2009 р. Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій. За відсутності реєстру всіх лікарських організацій в Україні й неможливості однозначної інтерпретації повноважень, делегованих підписантам цього документа, його статус на сьогодні є невизначеним.

З огляду на відсутність нормативних документів щодо процесу застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці та підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Встановлено, що рівень задоволеності медичними кадрами суттєво відрізняється за регіонами і спеціальностями. Проте у всіх регіонах задоволеність сімейними лікарями є вищою, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

2. Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Загалом робочі місця медичних працівників у ЗОЗ бюджетного сектору забезпечені необхідним мінімальним набором медичного обладнання та медичних виробів для виконання ними своїх професійних функцій. У той же час, рівень забезпеченості високотехнологічним обладнанням для реалізації медичними працівниками своїх професійних компетенцій та виконання в повному обсязі вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями є недостатнім.

3. Формування бачення закладу, його місії та перспективних планів розвитку в бюджетних ЗОЗ реалізується на рівні адміністрації та керівників структурних підрозділів. Стратегічне планування із залученням лікарів та медичних сестер здійснюється рідко, загальне бачення розвитку закладу в довгостроковій або середньостроковій перспективі у співробітників структурних підрозділів практично відсутнє.

4. За результатами аналізу нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні можна зробити висновок про те, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ РЕГІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Впровадження проектного підходу в регіональне управління

Регіональне управління системою охорони здоров'я необхідно розглядати як технологічний процес (з огляду на всю послідовність його стадій), спрямований на певні дії, які зрештою приведуть до досягнення бажаного результату. Технологія прямо впливає на реалізацію процесів, визначаючи як загальний напрям дій, так і слугуючи вирішальним фактором їхнього регулювання.

Застосування в управлінській практиці проектного підходу вимагає, по-перше, знання об'єкта проектування і знання щодо призначення й функціонування сфери діяльності, до якої входять об'єкти, що перетворюються; по-друге, знання методик і понятійних засобів проектування як специфічної діяльності. І тут існують певні ризики, адже підґрунтя, що визначає вибір напрямку майбутніх перетворень (або ідеал) у державному управлінні, має співвідноситися з широким контекстом усієї складної державної системи.

Впровадження на місцевому рівні реформи системи охорони здоров'я на основі проектного підходу передбачає: визначення пріоритетних напрямів розв'язання важливих галузевих проблем на відповідних рівнях її функціонування;

- підготовку цільових державних програм на основі проблемно-орієнтованого підходу;
- організацію і координацію діяльності виконавців у межах виконання запланованих програм;

- забезпечення виконавців протекціоністськими заходами, тобто адвокацію проекту;
- контроль виконання програм органами державної та регіональної влади, недержавними органами та громадськістю.

Метою впровадження програм в регіональне управління спрямованих на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і необхідних для розвитку системи охорони здоров'я. Це надасть змогу:

- підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості;
- впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я в експериментальних регіонах та їх фінансового забезпечення;
- підвищити ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в експериментальних регіонах.

З огляду на надзвичайне соціальне значення, яке формує реалізація медичної реформи за технологією проектного підходу, досить важливим питанням регіональних органів влади є дотримання певних принципів реформування, а саме:

- при трансформації медичних установ необхідно забезпечити збереження або навіть збільшення рівня основної заробітної плати всіх співробітників медичних установ;
- медичний та допоміжний персонал слід забезпечити робочими місцями.

Світова практика показує, що для реалізації масштабних реформ необхідна спеціальна проектна структура. Так, на чолі проекту з реалізації реформи системи охорони здоров'я перебуває Керуючий комітет під управлінням голови обласної державної адміністрації (рис. 10). До складу даного комітету входять представники медичної спільноти, члени

профспілки працівників системи охорони здоров'я, представники професорсько-викладацького складу та представники органів влади, а також міжнародні експерти. Керуючий комітет розглядає висновки та рекомендації експертів і робочої групи, здійснює керівництво та затверджує результати процесу модернізації охорони здоров'я.

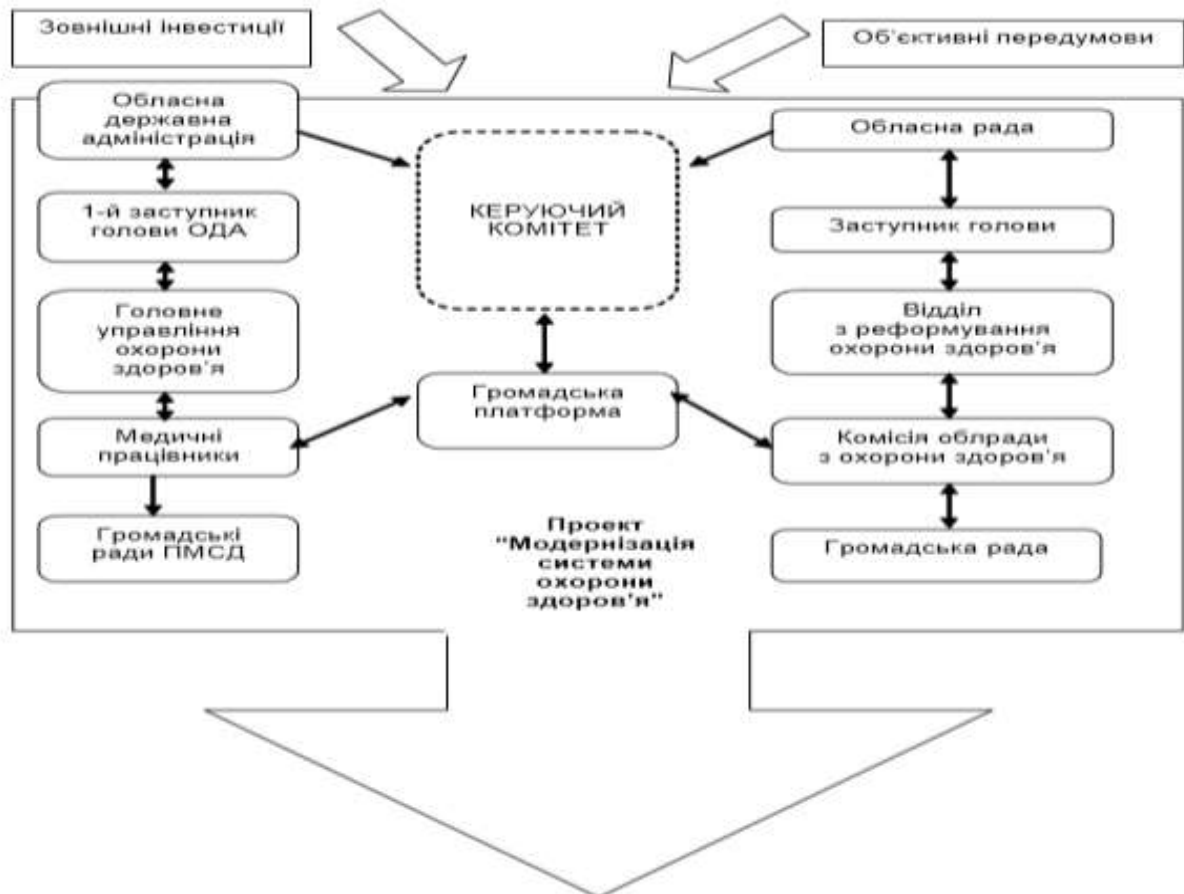


Рисунок 10. Схема взаємодії суб'єктів управління реформуванням системи охорони здоров'я на засадах проектного підходу

Для публічного обговорення етапів реформування, а також збору думок та пропозицій громадян у Миколаївській області було створено спеціальний громадський орган управління – Громадську платформу – з питань реформування охорони здоров'я.

Громадська платформа – це сучасний демократичний інститут, створений за європейським зразком, який дає можливість усім зацікавленим сторонам, і в першу чергу надавачам послуг у сфері охорони здоров'я, брати активну участь в обговоренні процесу модернізації охорони здоров'я з метою

формування ефективних управлінських рішень щодо покращення якості медичних послуг на регіональному рівні. Це перше в Україні громадське об'єднання, яке започаткувало публічний діалог з населенням в усіх питаннях, що стосуються реформування окремого сектору суспільного розвитку.

Мета діяльності Громадської платформи як органу громадського управління реформуванням системи охорони здоров'я на регіональному рівні полягає в забезпеченні постійного діалогу з громадськістю, налагодженні зворотного зв'язку між владою та суспільством в усіх питаннях, що стосуються реформування медицини у Миколаївській області.

Громадська платформа ставить перед собою завдання щодо:

- збору та аналізу пропозицій, що надходять від громадськості відносно можливих новацій у роботі медичного персоналу та медичних закладів;
- громадського моніторингу змін;
- формування рекомендацій для органів влади щодо прийняття таких рішень з модернізації охорони здоров'я, які будуть оптимальними як для досягнення загальних цілей реформи, так і для жителів міст та районів Миколаївської області.

Для забезпечення контролю за дотриманням цих рекомендацій представники громадськості ініціювали створення при кожному центрі первинної медико-соціальної допомоги громадських рад. Мета створення громадських рад при ЦПМСД – забезпечити безпосередню участь та контроль громадськості в процесі модернізації охорони здоров'я. Це європейський підхід до регулювання організаційних змін у системі охорони здоров'я на регіональному рівні. До складу громадських рад ЦПМСД входять представники медичної спільноти, громадських організацій, районних комітетів, працівники приватних установ, студенти та ін. Вони уповноважені контролювати та перевіряти виконання рекомендацій щодо роботи амбулаторій міста.

Головною ланкою в системі державного управління реформуванням медичної галузі виступає управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації (в окремих регіонах – головне управління охорони здоров'я чи департамент охорони здоров'я). Тобто діяльність керівництва органу державного управління охороною здоров'я щодо реалізації медичної реформи на регіональному рівні забезпечується на основі здійснення безпосереднього управлінського впливу, що унормовано відповідним наказом начальника управління охорони здоров'я облдержадміністрації, шляхом переходу від локальної структурно-функціональної спеціалізації органів управління галуззю до інтегрованої моделі управління реформуванням системи охорони здоров'я, що формується за рахунок інтеграції змісту, цілей і методів управління. Такий підхід дозволяє ввести окрему керівну посаду заступника начальника із визначенням конкретного кола повноважень.

Так, у Миколаївській області галузеве керівництво реформуванням системи охорони здоров'я покладено на заступника начальника головного управління охорони здоров'я – начальника управління із забезпечення проведення реформування, організаційної роботи із засобами масової інформації, зверненнями громадян та зв'язків з громадськістю, який відповідно забезпечує:

- ефективне виконання закріплених за ним напрямків діяльності головного управління щодо реалізації державної політики з реформування системи охорони здоров'я в межах делегованих йому повноважень і компетенцій;
- ефективну взаємодію з іншими структурними підрозділами головного управління;
- організацію розробки проектів законодавчих і нормативних актів, програм, що належать до його компетенції;
- контроль за виконанням законодавчих та нормативних актів, розпоряджень (наказів) вищестоящих органів, аналіз стану та тенденцій

реформування системи охорони здоров'я, ходу виконання державних програм та прийняття відповідних рішень щодо усунення недоліків і закріплення позитивних тенденцій;

- контроль за виконанням вимог наказів МОЗ України щодо реформування системи охорони здоров'я в області;

- аналіз стану та внесення пропозицій щодо оптимізації структури сфери охорони здоров'я в області;

- планування, регулювання та контроль ефективної взаємодії головного управління з іншими структурними підрозділами органів державної влади, громадськими об'єднаннями та науковими організаціями при розв'язанні питань, що стосуються діяльності головного управління.

Як правило, після відпрацювання в окремих регіонах проект стає типовим і розповсюджується для широкого застосування на конкретних об'єктах або у відповідних системах (галузях, сферах) з урахуванням умов реалізації чи специфічних обмежень щодо їх застосування. Очікується, що результати експерименту щодо реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, відповідно до вищезазначеного Закону України, дозволять визначити оптимальну модель реформування системи охорони здоров'я на державному рівні.

Реформування системи охорони здоров'я передбачає здійснення заходів щодо розмежування рівнів медичної допомоги, структурної реорганізації закладів охорони здоров'я, запровадження нових фінансових механізмів, системи контролю якості медичної допомоги. З цією метою у кожному з пілотних регіонів складаються та затверджуються відповідні плани-графіки реалізації реформи, виконання яких контролює Міністерство охорони здоров'я України. План-графік включає заходи щодо:

- структурної реорганізації та оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, прийняття відповідних рішень місцевими органами влади;

- підготовки та впровадження нового механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я;

- підготовки кадрів та підвищення кваліфікації управлінського і медичного персоналу;
- опрацювання підходів до контролю якості медичної допомоги;
- проведення роз'яснювальної роботи з реформування системи охорони здоров'я;
- проведення моніторингу виконання Плану-графіка.

Відповідальним за складання та затвердження Плану-графіка є голова робочої групи з реформування системи охорони здоров'я відповідної адміністративної території (далі – голова регіональної робочої групи), тобто голова обласної державної адміністрації.

Окрім уведення спеціального плану-графіка реформування регіональної системи охорони здоров'я, новітньою формою управління є введення спеціального нормативно-правового акту локальної дії для забезпечення соціальної стабільності в регіоні та прозорості процесу модернізації. У Миколаївській області такий акт дістав назву “Паспорт модернізації”, яким затверджується внесення відповідних змін до статусу та структури установ лікувально-профілактичного профілю.

Паспорт модернізації представники місцевих територіальних громад – керівники державних адміністрацій та рад, міські голови. Вони несуть персональну відповідальність за якість цього документа.

Перепрофілювання лікарень у рамках створення госпітального округу (II етап реформування) проходитиме аналогічно з установами первинної допомоги. Будуть створені паспорти модернізації госпітальних округів. Вони також затверджуються першими керівниками місцевих громад, експертами, обласним відділом охорони здоров'я та представниками Міністерства охорони здоров'я України.

Перехід від локальної структурно-функціональної спеціалізації органів управління галуззю до інтегрованої моделі управління реформуванням охорони здоров'я формується за рахунок інтеграції змісту,

цілей і методів управління з використанням проектного підходу і передбачає низку послідовних етапів реалізації, а саме:

- здійснення децентралізації низки функцій управління з передаванням певних повноважень і частки бюджету на рівень базових об'єктів лікувально-профілактичного профілю;
- зменшення вертикальних ієрархічних рівнів підпорядкування і перехід до горизонтальної мережевої співпраці усіх ланок і підсистем сфери управління охороною здоров'я, використання гнучких, широко спеціалізованих форм організації праці (функція управління, експертна функція, функція організації тощо);
- трансформацію складових елементів організаційних структур органів управління з пірамідальних у плоскі, мережеві з мінімальною кількістю рівнів управління між керівництвом, безпосередніми виконавцями та отримувачами послуг у сфері охорони здоров'я;
- спрямування організації системної діяльності з реформування медичної галузі на підвищення рівня інноваційності усіх її процесів, що створюють інтегрований, безперервний, багатокomпонентний і цілісний процес управління забезпеченням стану здоров'я людей;
- виокремлення і конкретизацію зв'язків між різногалузевими організаціями, що створюються для реалізації спільних інтересів та об'єднуючих цілей із забезпечення індивідуального і суспільного здоров'я населення регіону.

Підходи щодо формування нових форм і методів взаємодії органів влади з громадськістю з питань реформування галузі охорони здоров'я доцільно зосередити на наступних аспектах:

- визначення і виокремлення складових здоров'я за його елементами й чинниками прямого і непрямого впливу;
- уточнення складових елементів системи охорони здоров'я, що підлягають реформуванню, на певній території і основних процесів, що їх забезпечують та впливають на стан здоров'я;

- ставлення до людини як до безпосереднього й активного елемента системи охорони здоров'я і додаткового ресурсу її розвитку;
- вироблення способів поєднання інтересів людини як носія індивідуального здоров'я і складової суспільного здоров'я із реформованою системою охорони здоров'я;
- формування механізму комунікативної взаємодії і спільного розвитку елементів територіальної системи охорони здоров'я;
- побудова мережеских каналів співпраці учасників у регіональній (місцевій) системі забезпечення здоров'я населення;
- вибудовування схем систематичного і всебічного аналізу й оцінювання стану здоров'я і чинників прямої та непрямой дії на базі структуривання показників такого складного поняття, як "здоров'я", з подальшим запровадженням їх у систему статистичної і поточної звітності.

Отже, проектний підхід як управлінська технологія реалізації на регіональному рівні підтверджує свою доцільність, оскільки забезпечує:

- перевірку можливості та повноти реалізації проекту в конкретних умовах;
- оцінювання необхідних для реалізації проекту ресурсів;
- відпрацювання всіх питань практичного виконання проекту;
- підготовку необхідної документації і супровідних документів та їх якість;
- підготовку кваліфікованих фахівців та отримання необхідного досвіду відповідного проектування;
- здобуття досвіду вирішення організаційних питань, пов'язаних з запровадженням проекту.

Таким чином, в умовах реалізації медичної реформи, що здійснюється в окремих регіонах України, цілком обґрунтованим є перехід від традиційних методів управління системою охорони здоров'я до управління, заснованого на принципах проектного підходу. Це дозволить

визначити оптимальні шляхи проведення подальшого реформування системи охорони здоров'я в масштабах усієї держави.

3.2. Механізм розвитку сімейної медицини на регіональному рівні

На регіональному рівні механізм державного управління об'єднує форми і методи впливу територіальних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування на реформування та розвиток суб'єктів соціальної діяльності у всіх сегментах господарства регіону. На нашу думку, відомі механізми регіонального управління у процесі реалізації мають свої риси залежно від особливостей галузі їх використання та рівня розвитку сфери суспільних відносин, до яких належить й охорона здоров'я.

Організаційні механізми управління виконанням складних медико-соціальних завдань реалізувались переважно на регіональному рівні. Відповідальність за реалізацію політичного механізму державного управління щодо розвитку сімейної медицини в Україні було покладено на Український інститут громадського здоров'я (сьогодні Інститут стратегічних досліджень МОЗ України).

Комплексний механізм державного управління процесом реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини передбачав одним із найсуттєвіших аспектів розвиток профілактичної та лікувально-реабілітаційної медицини. Мотивацією цього процесу на той час були такі чинники:

- сімейний лікар найкраще знає потреби хворих, надійність і недоліки сучасних методів діагностики та лікування, а тому він може діяти найоптимальніше як посередник між хворим і різними рівнями системи охорони здоров'я;

- доступність охорони здоров'я людині гарантується на першому рівні, тобто на рівні сімейної медицини, де сімейний лікар з добрими фаховими знаннями та широким світоглядом найактивніше співпрацює як із

конкретним пацієнтом та його родиною, так і з лікарями-фахівцями різних лікувально-профілактичних закладів;

- чим більш спеціалізованою є медична допомога, тим важче отримати її конкретному хворому, що зумовлено не лише обмеженістю технологічних можливостей, але й необізнаністю хворого в наявності певних діагностичних і лікувальних технологій.

До ризиків, що заважали ефективному застосуванню комплексного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, входили і входять:

- надмірна централізація управління і фінансування СОЗ, яка обмежує ініціативу на місцях;
- негативна динаміка основних показників здоров'я населення, яка залежить, як відомо, від діяльності системи охорони здоров'я лише на 10%;
- відсутність аналізу економічної ефективності діяльності первинної медико-санітарної допомоги в нашій країні;
- гальмування механізму державного управління переходом на інтенсивний шлях розвитку первинної медико-санітарної допомоги та реформ на рівні роздутого бюрократичного апарату управління;
- низька ефективність економічного механізму державного управління у зв'язку з нераціональною структурою медичної допомоги, обмеженістю додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я;
- відсутність механізмів правового та інформаційного забезпечення прогнозування очікуваного впливу сімейної медицини на подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги.

Система протидії ризикам, що виникають у механізмах державного управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, полягає у зміні напрямів реформування шляхом:

- переорієнтації ПМСД на забезпечення профілактики захворювань, формування здорового способу життя у широких верств населення;

- раціональної та ефективної реорганізації структури закладів ПМСД згідно з її доцільністю, яка базується на об'єктивних показниках стану здоров'я населення;
- упровадження засад сучасних економічних і фінансових механізмів державного управління якістю медичної допомоги з метою зміцнення амбулаторно-поліклінічної ланки як основної в системі охорони здоров'я;
- втілення сучасних лікувально-діагностичних технологій при різних захворюваннях, травмах і патологічних станах на базі доказової медицини, стандартизації допомоги на різних рівнях при запровадженні керованості медичної допомоги з боку фахівців СМ.

З урахуванням досвіду застосування різних механізмів державного управління щодо розвитку сімейної медицини на регіональному рівні за принципами аутсорсингу.

Координаційна рада з розвитку сімейної медицини. До неї увійшли представники головних управлінь охорони здоров'я, освіти, фінансів, комунального господарства. Координаційна рада протягом короткого часу змогла організувати інтелектуальні ресурси для вирішення складних питань розвитку сімейної медицини та спрямувати їх на реорганізацію закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах найдоступнішої та найефективнішої ланки охорони здоров'я, якою визнана сімейна медицина в багатьох економічно розвинених країнах. При цьому враховано, що роль і функції громадської охорони здоров'я на засадах сімейної медицини визначаються конкретними проблемами та потребами окремої громади в управлінні первинною медико-санітарною допомогою. Тобто громада сама впливає на формування здорового способу життя окремих осіб і вироблення організаційних механізмів управління, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я, поліпшення демографічних показників, зниження захворюваності та поліпшення якості життя своїх громадян.

Фінансові витрати на оптимальне функціонування новостворених і реорганізованих закладів сімейної медицини та їх фахівців як у містах, так і в сільській місцевості взяли на себе державні органи та органи місцевого самоврядування, а також відповідні територіальні громади.

Важливу роль в організаційному механізмі державного управління закладами ПМСД на засадах сімейної медицини відіграє оснащення цих лікувально-профілактичних закладів сучасними засобами зв'язку, спеціалізованим транспортом і медичним обладнанням.

Наказами МОЗ України регламентуються організаційний механізм державного управління кадровим забезпеченням закладів сімейної медицини, принципи надання ПМСД на засадах сімейної медицини з урахуванням чинника сім'ї, проведення комплексу валеологічних і профілактичних заходів відповідно до сучасних технологій та повного і якісного їх змісту, найбільш оптимальні варіанти розташування закладів сімейної медицини.

Однак основною умовою успішного реформування ПМСД на засадах СМ є використання комплексного механізму державного управління з метою інтеграції зусиль центральної влади та органів місцевого самоврядування, наукових і практичних закладів охорони здоров'я, які задіяні у процесі упровадження сімейної медицини в охорону здоров'я населення України та її розвитку.

3.3. Логістична концепція розвитку інформаційної системи галузі охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях

Інформаційна система охорони здоров'я передбачає створення однорідного простору, формування універсальної системи соціального та медичного забезпечення, дотримання єдиних соціальних і медичних стандартів. Передумовою здійснення інтеграційних процесів є усвідомлення державою вирішальної ролі інформаційного ресурсу та вирішення складної і

суперечливої проблеми державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я.

Обсяг функцій охорони здоров'я визначається нормативно-правовими підставами, соціально-економічним потенціалом адміністративних одиниць держави, складністю обслуговування інформаційних каналів, що потребує концентрації зусиль на підвищенні результативності управління. Об'єднання інформаційних ресурсів регіональних і місцевих органів влади в єдине інформаційне поле, створення баз даних, що постійно оновлюються, автоматизація робочих місць є характерними ознаками сучасної системи управління, об'єктом впливу якої стає розвиток територій, а варіанти прийняття управлінських рішень обумовлюються зміною вхідних параметрів системи. В цьому контексті діяльність органів влади з питань охорони здоров'я потребує вдосконалення і пошуку нових підходів до підвищення якості надання управлінських і медичних послуг.

Досвід великих міст України, де впродовж останніх років цілеспрямовано реалізовувалася концепція інформатизації, показує, що підвищення якості надання послуг населенню значною мірою залежить від оперативності впровадження й широти застосування новітніх інформаційних технологій. Тому головною метою держави, сформульованою у Національній програмі інформатизації, є створення необхідних умов для забезпечення окремих громадян та суспільства своєчасною, достовірною та повною інформацією шляхом широкого використання інформаційних технологій, забезпечення інформаційної безпеки держави. Одним із основних завдань Програми є створення загальнодержавної мережі інформаційного забезпечення охорони здоров'я.

На виконання законодавчих та розпорядчих документів в Україні поступово впроваджуються різні форми інформатизації суспільних процесів, зокрема в системі надання послуг, у тому числі з охорони здоров'я.

Інформаційне забезпечення діяльності охорони здоров'я може здійснюватися відповідальними структурними підрозділами органів влади та лікувально-профілактичними закладами. Зазначене питання можна розглядати на двох рівнях відповідно до призначення, а також змісту і спрямованості відповідних інформаційних матеріалів.

Постійним завданням влади є створення належної системи доступу громадян до інформації щодо забезпечення потреб суспільства в послугах охорони здоров'я шляхом запровадження різних форм та засобів (рис. 11).

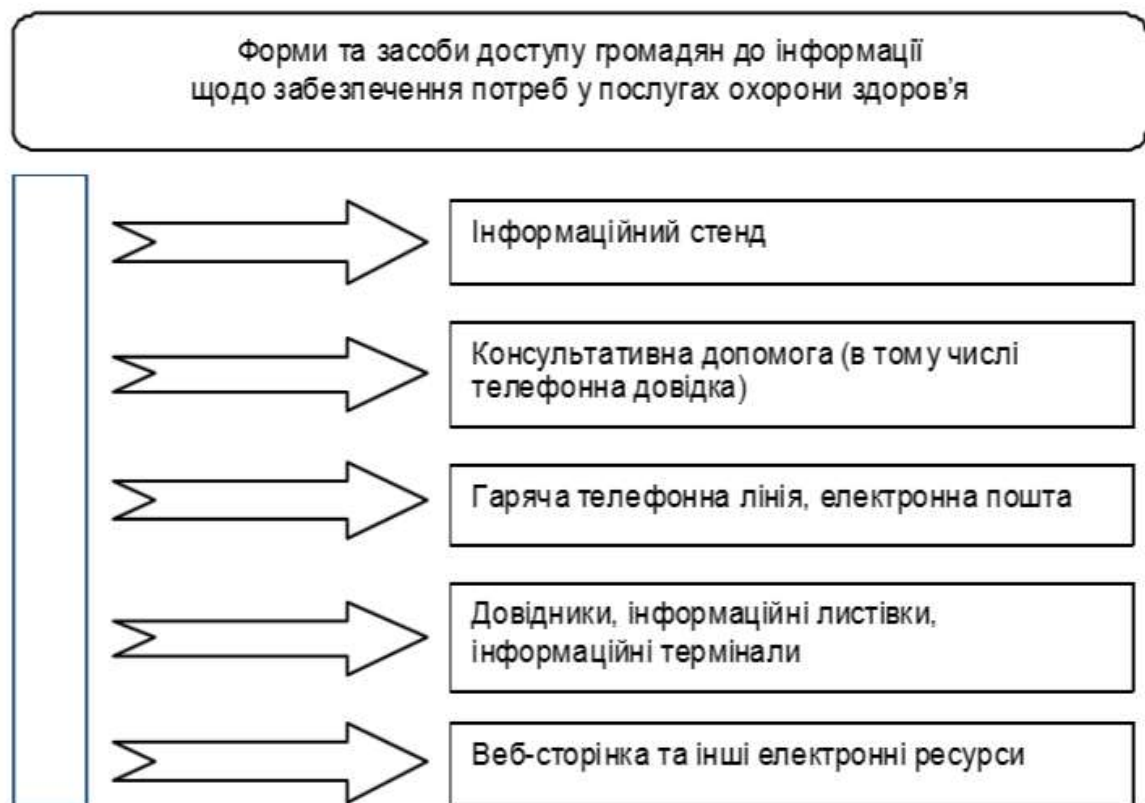


Рисунок 11. Форми та засоби доступу громадян до інформації щодо забезпечення потреб у послугах охорони здоров'я

Інформаційний стенд є оптимальним засобом надання інформації з можливістю оперативного оновлення. Він повинен містити актуальну й вичерпну інформацію, необхідну для споживача, зокрема:

- законодавче забезпечення охорони здоров'я громадян, права та обов'язки лікаря і пацієнта;
- інформацію про структуру управління, графіки індивідуального прийому;

- режим роботи лікувально-профілактичного закладу та графіки прийому лікарів, профілактику захворювань тощо.

Консультативна допомога (у тому числі телефонна довідка) є критерієм зручності і доступності. Залежно від виду інформації та суб'єкта її надання консультування повинно бути розділене на інформаційне (організаційні питання, місцезнаходження лікувального закладу, графіків роботи, прийому фахівців тощо) та вузькопрофільне (фахове та юридичне).

Гаряча телефонна лінія, електронна пошта. Даний вид інформації майже на 100% забезпечує потреби споживачів медичних послуг у якісному дистанційному обслуговуванні, зумовлений доступністю стаціонарного і мобільного зв'язку, комп'ютеризацією органів влади та населення. Електронна пошта є одним з найперспективніших способів консультування споживачів Інтернету з огляду на швидкість, зручність і малозатратність застосування електронної кореспонденції. Вона сприяє усуненню особистого контакту при наданні послуги, посиленню контрольованості виконання обов'язків працівниками влади, управління охороною здоров'я, фахівцями практичної медицини.

Довідники, інформаційні листівки, інформаційні термінали. Цей засіб інформаційного забезпечення в основному розрахований на споживачів старшого віку, в яких відсутні навички або можливості використання електронних ресурсів. Частина з них вважає для себе найбільш зручним особисто звернутися щодо необхідних відомостей. Саме тому важливою складовою зручного інформаційного забезпечення діяльності системи охорони здоров'я є традиційні засоби роботи із споживачами в наданні їм потрібних відомостей, якими є довідники та інформаційні листівки. Їхня роль не повинна применшуватися із запровадженням комп'ютерних технологій та телефонних консультацій.

Інформаційні листівки можуть використовуватися для повідомлення споживачам послуг, пацієнтам найбільш актуальних відомостей (щодо змін графіка роботи, прийому фахівців у поліклініках, змін

режиму функціонування лікувальних закладів тощо). Уся інформація з листівок має дублюватися на веб-сайті та інших електронних ресурсах установи.

Інформаційні термінали (інфомати) забезпечують доступ до баз даних установи із призначеною для споживачів інформацією у вільному доступі, можуть бути створені як комп'ютеризовані робочі місця з доступом до сайту установи або інших локальних мереж. Можливим є встановлення терміналів, що надають споживачам обмежений обсяг інформації з конкретних чи організаційних питань.

Веб-сторінка та інші електронні ресурси. Сьогодні інтенсивно зростає рівень комп'ютеризації населення та його користування мережею Інтернет. Це означає, що в перспективі більшість громадян України, які потребуватимуть послуг системи охорони здоров'я, зможе отримати інформацію з електронного інформаційного джерела. Зазначену тенденцію свого часу було враховано в низці правових актів.

Законом визначено, що пріоритетність науково-технічного та інноваційного розвитку України потребує, зокрема:

- впровадження інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) в усі сфери життєдіяльності суспільства та держави;
- узгодженості загальнодержавних, галузевих, регіональних програм та бізнес-проектів у сфері розвитку і використання ІКТ;
- удосконалення координації діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування щодо створення елементів інформаційної інфраструктури, зокрема при побудові корпоративних інформаційно-аналітичних систем;
- створення електронних інформаційних ресурсів, які повинні використовуватися в інформаційному обміні;
- впровадження механізмів надання органами державної влади та органами місцевого самоврядування юридичним та фізичним особам інформаційних послуг з використанням мережі Інтернет.

Веб-сайт є основним і найбільш важливим елементом електронного урядування в системі охорони здоров'я, оскільки вміщує в собі переважну кількість інформації. Він надає багато принципових можливостей для споживачів:

- інформування стосовно діяльності органів влади, управлінь охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я стосовно особливостей надання послуг;
- збереження інформації для споживачів;
- можливість електронним засобом звернутися за інформацією чи послугою, не витрачаючи особистого часу;
- налагодження зворотного зв'язку зі споживачами послуг (опитування пацієнтів та їхніх родичів щодо якості надання послуг, можливість висловити скарги та пропозиції).

Для реалізації місії системи охорони здоров'я регіонального та місцевого рівнів необхідним є повідомлення потенційних споживачів про специфіку роботи галузі, перелік і види послуг. Здійснення необхідної для цього просвітницької кампанії можливе лише із залученням широкого кола засобів масової інформації. В цьому контексті надзвичайно актуальним є питання забезпечення органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування ефективних інформаційних зв'язків між рівнями управління системи охорони здоров'я, лікувально-профілактичними закладами (внутрішня комунікація), а також іншими галузями господарства і громадськістю (зовнішня комунікація). Саме участь такого широкого представництва в розробленні та реалізації програм розвитку системи галузі дасть можливість забезпечити достатній рівень доступності та якості медичних послуг.

Ефективна комунікація органів влади регіонального та місцевого рівня з представниками охорони здоров'я та громадськістю можлива лише за умови, по-перше, що комунікація розглядається як невід'ємна складова їхньої діяльності, по-друге, що орган влади й управління у своїй структурі

повинен мати підрозділ з функціями контролю інформаційних і комунікаційних потоків з відповідним їх спрямуванням, а також запровадження інноваційних технологій у діяльність охорони здоров'я. Структура інформаційно-комунікативних підрозділів повинна формуватися таким чином, щоб було можливим виконання покладених на них функцій та завдань.



Рисунок 12. Структура центру управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації

Виходячи з викладеного, нами запропонований варіант організації комунікативного підрозділу в структурі управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (рис. 12). Окремі дослідники зазначають, що такий комунікативний підрозділ повинен мати три сектори: аналітичної роботи, планування і координації. Оскільки їхня діяльність передбачає сприяння впровадженню інноваційних заходів з реформування сфери

охорони здоров'я та комунікативні процеси, вони повинні мати назву "Інноваційно-комунікативний центр управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації".

Головною проблемою діяльності органів місцевого самоврядування та місцевих органів державної виконавчої влади з питань внутрішньої комунікації і зв'язків з громадськістю в охороні здоров'я є відсутність системності у виробленні інформаційно-комунікативної політики, відсутність належної координації в роботі зі зв'язків з громадськістю, неефективний зворотний зв'язок із споживачами медичних послуг.

Однією з причин відсутності очікуваних результатів реформ сфери охорони здоров'я України є нерозуміння їхньої сутності та передбачуваних наслідків для суспільства і кожного громадянина зокрема. В цій ситуації актуальною є проблема наукового осмислення необхідності інформаційного забезпечення процесів управління та створення легітимного регламенту функціонування суспільних комунікацій.

На нинішньому етапі розвитку України в умовах недостатньої злагодженості та невпорядкованості процесів інформатизації, недосконалості вітчизняного законодавства в галузі охорони здоров'я і в інформаційній сфері такі методологічні підходи є актуальними. Тому галузь охорони здоров'я потребує активного впровадження інформаційних технологій та посиленої підтримки держави в її інформаційному розвитку. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є впровадження логістичної концепції державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я.

Багато наукових і навчально-методичних праць стосуються обґрунтування загальних принципів, функцій логістичних систем, їхньої класифікації для різних галузей економіки. Сьогодні важливе місце посідає розробка регіональних логістичних систем у галузі охорони суспільного здоров'я.

Незважаючи на все більшу кількість наукових і науково-методичних праць у цій галузі, теоретичні основи формування логістичних систем охорони суспільного здоров'я в контексті системного підходу розроблено недостатньо. Також не приділяється належної уваги визначенню характеру зв'язків між логістичними системами.

Метою логістики, яка з успіхом застосовується в охороні здоров'я, є забезпечення ефективності діяльності організації на основі оптимального управління потоковими процесами, прийняття та реалізація відповідних управлінських рішень. Для реалізації мети та принципів логістики необхідно мати не тільки економічну, методологічну та наукову основу, але й відповідну науково обґрунтовану систему її забезпечення та інструменти.

Однак, якщо соціально-економічні можуть застосовуватися в інших системах, то, зважаючи на соціальну природу галузі охорони здоров'я, а також велику затратність процесу функціонування, доцільно виокремити соціальні та фінансові механізми (рис. 13).



Рисунок 13. Система забезпечення логістики охорони здоров'я

Цікавим для даного дослідження є використання не лише логістики як інструменту ефективного управління охороною здоров'я різного рівня, а безпосередньо логістичного управління як інтегрованої системи форм, методів та інструментів оптимізації потокових процесів. Наукова теорія і

практична методологія логістики покликані забезпечити наскрізне управління потоковими процесами, системами і ланцюгами. Загальна мета логістичного управління полягає в реалізації й узгодженні інтересів безпосередніх (органи влади, структури управління охороною здоров'я, медичні заклади та їхній персонал) і опосередкованих (споживачі послуг охорони здоров'я) учасників цих процесів шляхом більш ефективного використання ресурсів в існуючих умовах. При цьому логістичне управління розглядається як управління ефективним виконанням робочих процесів у системі, в той час як структура звичайного процесу фрагментарна та роздрібна. В ній відсутня інтеграція, яка необхідна для підтримки якості та організації обслуговування.

Застосування концепції логістики при удосконаленні інформаційного забезпечення процесу державного управління є необхідним через складність і динамічність сучасної організаційної та економічної діяльності галузі охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. У свою чергу, впровадження концепції та методології логістики для реалізації завдань галузі охорони здоров'я потребує визначення низки проблем, що пов'язані з управлінням потоковими процесами та з проблемами трансформації й адаптації галузі охорони здоров'я до ринкових умов та умов побудови інформаційного суспільства в Україні.

Децентралізація визначається як розподіл чи передавання владних повноважень у галузі управління, планування та прийняття рішень з вищого на нижчий рівень управління. Наприклад, децентралізоване управління лікувально-профілактичними закладами регіонального і місцевого рівнів має низку переваг. Основними з багатьох є наступні:

- ефективніша діяльність, оскільки їх адміністрація здатна оперативніше визначати проблеми та можливості й заходи їх вирішення;
- гнучке та швидше реагування на змінні обставини та потреби системи охорони здоров'я;

- використання інноваційного підходу для вирішення проблем розвитку системи охорони здоров'я відповідного територіального рівня;
- забезпечення високої продуктивності праці медичних працівників на місцях;

Особливість системного підходу в організації логістичної діяльності системи охорони здоров'я регіонального і місцевого рівнів полягає в оптимізації функціонування не окремих елементів, а системи охорони здоров'я в цілому, в якій інформаційні процеси знаходять своє відображення у вигляді потоків інформації, що застосовується при прийнятті управлінських рішень.

Системний підхід показує, що головні властивості та результати функціонування логістичної системи залежать від складу та властивостей її елементів і базуються на таких принципах:

- єдність – передбачає паралельний розгляд системи і як цілого, і як сукупності окремих частин;
- мета – передбачає відповідальність за вибір мети;
- розвиток – ґрунтується на врахуванні змінюваності системи, її здатності розвиватися, накопичувати інформацію з урахуванням динаміки середовища;
- ієрархія – відображає супідрядність;
- невизначеність – враховує ймовірність сукупності подій;
- організованість – відображає ступінь виконання рішень;

Реалізація даної концепції надасть змогу вирішувати комплексно та всебічно питання стосовно ефективного руху інформаційних потоків, здійснювати стратегічне планування, створювати необхідні передумови для впровадження в систему охорони здоров'я регіонального та місцевого рівнів нових методів лікування, новітніх інформаційних технологій, маркетингу, фінансового менеджменту тощо.

Впровадження концепції логістики в управління галуззю охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні потребує розробки

пропозицій, спрямованих на удосконалення організаційно-управлінських механізмів реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я з урахуванням ринково орієнтованих змін соціально-економічного середовища на засадах логістики.

Враховуючи, що основною умовою досягнення цілей логістичного управління є погодження рішень стратегічних, тактичних та оперативних завдань суб'єкта господарювання, зобразимо логістичне управління системою охорони здоров'я регіонального та місцевого рівнів в Україні у вигляді схеми.

Як видно з рис. 14, логістичне управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні підпорядковане меті та завданням, що реалізуються за його допомогою. При цьому слід зазначити, що місія, цілі та завдання галузі даного рівня, особливо на етапі реформ, визначаються низкою загальнодержавних та відомчих нормативно-правових актів, відповідно до яких і формується зміст цих категорій.

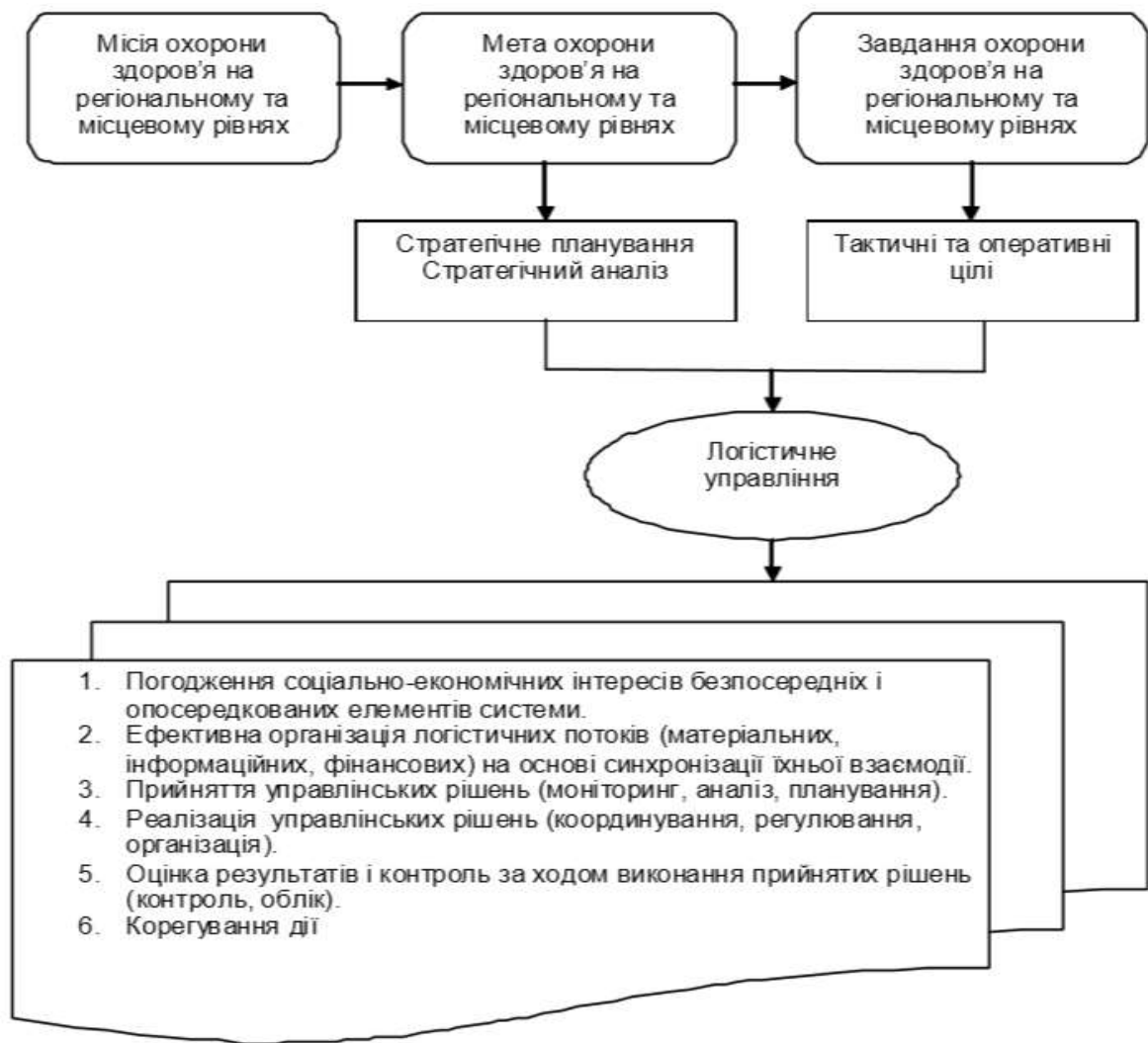


Рисунок 14. Модель логістичного управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

Отже, метою створення логістичної системи охорони здоров'я регіонального та місцевого рівнів в Україні є раціоналізація й оптимізація матеріальних, фінансових та інформаційних потоків, що діють у даній сфері.

Створення такої системи дасть змогу перейти на новий рівень управління, особливо в період проведення реформ охорони здоров'я, які найвідчутніші на регіональному та, особливо, місцевому рівні.

Логістична система галузі охорони здоров'я, що базується на регіональному та місцевому рівнях, вибудовується у вигляді ієрархічної системи. Вона має містити низку окремих підсистем, кожна з яких є керованою установою загальнодержавної системи охорони здоров'я

визначеного рівня. Взаємодія цих підсистем має відбуватись у межах єдиного інформаційного медичного простору.

На рис. 15 подано схематичне зображення єдиного інформаційного медичного простору регіонального рівня. Макрологістична система представлена закладами та установами галузі охорони здоров'я регіонального рівня.

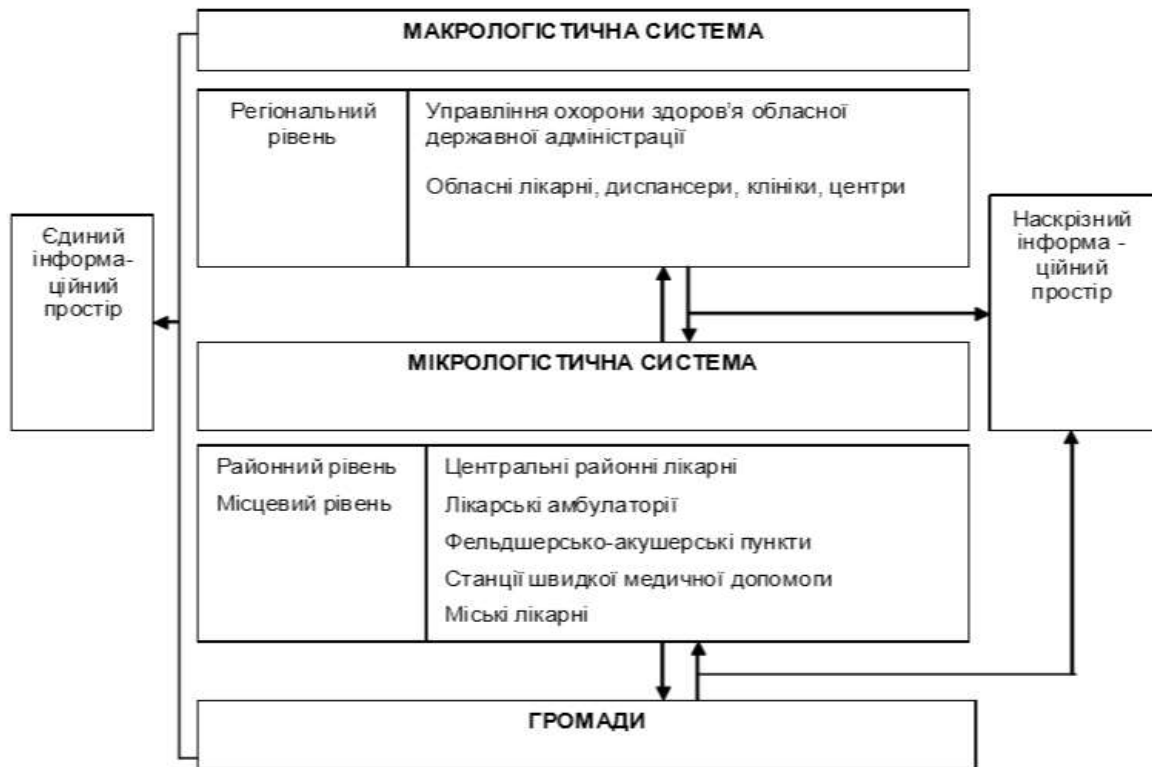


Рисунок 15. Ієрархічна схема логістичної системи галузі охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

Мікрологістичну систему складають установи, що є спільною власністю територіальних громад і належать до районного рівня, а також ті заклади охорони здоров'я, які належать лише окремим міським територіальним громадам. Потрібно зазначити, що інформаційні потоки циркулюють на кожному ієрархічному рівні і є наскрізними.



Рисунок 16. Напрями інформатизації системи охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні

Інформаційні процеси в охороні здоров'я регіонального та місцевого рівнів – це саме ті процеси, які повинні кардинально змінити та поліпшити існуючий стан системи охорони здоров'я. Методологічною основою функціонування системи охорони здоров'я, забезпечення успіхів у здійсненні реформ мають бути основні напрями інформатизації (рис. 16).

Отже, застосування логістичного підходу до управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в умовах її реформування є актуальним та необхідним. Впровадження логістичного управління сприятиме удосконаленню традиційної системи державного управління галуззю охорони здоров'я, якщо всі процеси, що відбуваються всередині галузі, будуть розглядатися як складові логістичних потоків.

ВИСНОВКИ ПО РОЗДІЛУ 3

1. Запропонована модель структури системи державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на регіональному рівні, що побудована на основі проектного підходу, має комплексний характер і забезпечує взаємодоповнюючий зміст, взаємозв'язки і взаємодію усіх сфер формування й забезпечення індивідуальних та колективних потреб в охороні й підтримці здоров'я населення на певній території.

2. Обґрунтовано реалізацію логістичної концепції державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я дасть можливість органам місцевого самоврядування та місцевим органам державної виконавчої влади здійснювати управління та моніторинг, а також раціональний розподіл фінансових фондів та можливість виявлення всіх витрат в організації процесу удосконалення розвитку інформаційної системи галузі охорони здоров'я.

3. Результатом роботи є виконання комплексу завдань, спрямованих на активне використання інформаційно-комунікаційних технологій, стимулювання розвитку вітчизняної галузі охорони здоров'я, забезпечення умов для універсального доступу всіх суб'єктів системи до інформаційної інфраструктури галузі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Характеристика та аналіз потенційно-шкідливих і небезпечних виробничих факторів

Для створення нормальних умов виробничої діяльності необхідно забезпечити не лише комфортні метеорологічні умови, а й необхідну чистоту повітря. В наслідок виробничої діяльності в повітряне середовище приміщень можуть надходити різноманітні шкідливі речовини, що використовуються в технологічних процесах. Шкідливими вважаються речовини, що при контакті з організмом людини за умов порушення умов безпеки можуть призвести до виробничої травми, професійного захворювання або розладів у стані здоров'я, що визначаються сучасними методами як у процесі праці, так і віддалені строки життя теперішнього чи наступних поколінь (ГОСТ 12.1.007-76).

Шкідливі речовини можуть проникати в організм людини через органи дихання, органи травлення а також шкіру та слизові оболонки. Через дихальні шляхи потрапляють пари газо та пилоподібні речовини, через шкіру переважно рідкі речовини. Через шлунково-кишкові шляхи потрапляють речовини під час ковтання або при внесенні в їх в рот забрудненими руками.

Основним шляхом надходження промислових шкідливих речовин до організму людини є дихальні шляхи. Завдяки величезній (понад 90 м²) всмоктувальній поверхні легенів утворюються сприятливі умови для потрапляння шкідливих речовин у кров.

Шкідливі речовини, що потрапили ти, чи іншим шляхом в організм можуть викликати отруєння (гострі чи хронічні). Ступінь отруєння залежить від токсичності речовини, її кількості, часу дії, шляху проникнення, метеорологічних умов, індивідуальних особливостей організму. Гострі

отруєння виникають в результаті одноразової дії великих доз шкідливих речовин (чадний газ, метан, сірководень). Хронічні отруєння розвиваються в наслідок тривалої дії на людину невеликих концентрацій шкідливих речовин (свинець, ртуть, марганець). Шкідливі речовини потрапивши в організм розподіляються в ньому нерівномірно. Найбільша кількість свинцю накопичується в кістках, марганцю – в печінці та ін. Такі речовини мають властивість утворювати в організмі так зване «депо» і затримуватись в ньому тривалий час.

При хронічному отруєнні шкідливі речовини можуть не лише накопичуватись в організмі (матеріальна кумуляція), але й викликати «накопичення» функціональних ефектів «функціональна кумуляція».

В санітарно-гігієнічній практиці прийнято поділяти шкідливі речовини на хімічні речовини та промисловий пил.

Хімічні речовини (шкідливі та небезпечні) відповідно до ГОСТу 12.0.003-74 за характером впливу на організм людини поділяються на :

- загально токсичні, що викликають отруєння всього організму (ртуть, оксид вуглецю, толуол, анілін);
- подразнюючі, що викликають подразнення дихальних шляхів та слизових оболонок (хлор, аміак, сіро водень, озон);
- сенсibiliзуючі, що діють як алергени (альдегід, розчинники та лаки на основі нітросполук);
- канцерогенні, що викликають ракові захворювання (ароматичні, вуглеводні, аміносполуки, азбест);
- мутагенні, що викликають зміни спадкової інформації (свинець, радіоактивні речовини, формальдегід);
- що впливають на репродуктивну (відтворення потомства) функцію (бензол, свинець, марганець, нікотин).

Слід зазначити, що існують і й інші різновиди класифікацій шкідливих речовин, наприклад, за переважаючою дією на певні органи чи

системи людини (серцеві, кишково-шлункові, печінкові, ниркові), за основною шкідливою дією (задушливі, подразнюючі, нервові), за величиною середньо смертельної дози.

Виробничий пил досить розповсюджений небезпечний та шкідливий виробничий фактор. З пилом стикаються виробники машинобудування.

Пил може здійснювати на людину фіброгенну дію, при якій в легенях відбувається розростання сполучних тканин, що порушують нормальну будову та функцію органу.

Вражаюча дія пилу в основному визначається дисперсністю (розміром частинок пилу), їх формою та твердістю, волокнистістю питомою поверхнею.

Шкідливість виробничого пилу обумовлена його здатністю викликати професійні захворювання легенів, в першу чергу пневмоконіози.

Необхідно врахувати, що в виробничих умовах працівники, як правило, зазнають впливу кількох шкідливих речовин, в тому числі і пилу. При цьому їхня спільна дія може бути взаємо підсиленою, взаємо послабленою чи «незалежною».

На дію шкідливих речовин впливають також інші шкідливі та небезпечні фактори. Наприклад, підвищена температура і вологість як і значне м'язове напруження, в більшості випадків підсилюють дію шкідливих речовин.

Суттєве значення мають індивідуальні особливості людини, з огляду на це для робітників які працюють у шкідливих умовах проводяться обов'язкові попередні «при вступі на роботу» та періодичні (один раз на 3, 6, 12 та 24 місяці залежно від токсичності речовини) медичні огляди.

Вібрація серед всіх видів механічних впливів для технічних об'єктів найбільш небезпечні. Знакозмінні напруження, викликані вібрацією сприяють накопиченню пошкоджень в матеріалах, появі тріщин, руйнуванню.

Найчастіше і досить швидко руйнування об'єкта настає при вібраційних впливах за умов резонансу. Вібрації викликають також відмови машин, приладів.

За способом передачі на тіло людини вібрацію поділяють на загальну, яка передається через опорні поверхні на тіло людини, та локальну, котра передається через рухи людини. У виробничих умовах часто зустрічаються випадки комбінованого впливу вібрації – загальної та локальної

Вібрація викликає порушення фізіологічного та функціонального станів людини. Стійкі шкідливі фізіологічні зміни називають вібраційною хворобою. Симптоми вібраційної хвороби проявляються у вигляді головного болю, заніміння пальців рук, болю в кістках та передпліччі, виникають судоми, підвищується чутливість до охолодження, з'являється безсоння. При вібраційній хворобі виникають паталогічні зміни спинного мозку серцево-судинної системи, кісткових тканин та суглобів, змінюється капілярний кругообіг.

Функціональні зміни, пов'язані з дією вібрації на людину оператора – погіршення зору, зміни реакції, вестибулярного апарату, виникнення галюцинацій, швидка втомлюваність. Негативні відчуття від вібрації виникають при прискореннях, що складають 5 % прискорення сили ваги, тобто при $0,5 \text{ м/с}^2$. Особливо шкідливі вібрації з частотами близькими до частот власних коливань тіла людини, більшість котрих знаходиться в межах 6...30 Гц.

Резонансні частоти окремих частин тіла наступні:

Очі	22...27
Горло	6....12
Грудна клітка	2...12
Ноги, руки	2...8
Голова	8...27
Обличчя та щелепи	4...27

Пояснична частина хребта 4...14

Живіт 4...12

Шум – будь який не бажаний звук, котрий заважає.

Виробничим шумом називається шум на робочих місцях, на дільницях або на територіях підприємства, котрий виникає під час виробничого процесу.

Наслідком шкідливої дії виробничого шуму можуть бути професійні захворювання, підвищення загальної захворюваності, зниження працездатності, підвищення ступеня ризику травм та нещасних випадків, пов'язаних з порушенням сприйняття попереджувальних сигналів, порушення слухового контролю функціонування технологічного обладнання, зниження продуктивності праці.

За характером порушення фізіологічних функцій шум поділяється на такий, що заважає (перешкоджає мовному зв'язку), подразнювальний (викликає нервові напруження і внаслідок цього – зниження працездатності, загальну перевтому), шкідливий (порушує фізіологічні функції на тривалий період і викликає розвиток хронічних захворювань, котрі безпосередньо або опосередковано пов'язані зі слуховим сприйняттям, погіршення слуху, гіпертонію, туберкульозу, виразку шлунку), травмуючий (різко порушує фізіологічні функції організму людини).

Шум як фізичне явище – це коливання пружного середовища. Він характеризується звуковим тиском як функцією частоти та часу. З фізіологічної точки зору шум визначається як відчуття, що сприймаються органами слуху під час дії на них звукових хвиль в діапазоні частот 16 – 20000 Гц. Загалом шум – це безладне поєднання звуків різної частоти та інтенсивності.

Відповідно до ГОСТ 12.1.044-84 оцінку пожежовибухонебезпечності усіх речовин та матеріалів проводять залежно від агрегатного стану: газ, рідковина, тверда речовина (пил виділено в окрему групу). Тому і показники їхньої пожежовибухонебезпечності будуть дещо різні.

Перш за все визначають групу горючості даної речовини. За цим показником всі речовини та матеріали поділяються на негорючі, важкогорючі та горючі.

Негорючі – речовини та матеріали не здатні до горіння на повітрі нормального складу. Це неорганічні матеріали, метали, гіпсові конструкції.

Важкогорючі – це речовини та матеріали, які здатні до займання в повітрі від джерела запалювання, однак після його вилучення не здатен до самостійного горіння. До них належать матеріали, які містять горючі та негорючі складові частини. Наприклад, асфальтобетон, фіброліт.

Горючі – речовини та матеріали, які здатні самозаймання, а також займання від джерела запалювання і самостійного горіння після його вилучення. До них належать всі органічні матеріали. В свою чергу всі горючі матеріали поділяються на легкозаймисті, тобто такі, які займаються від джерела запалювання незначної енергії (сірник, іскра) без попереднього нагрівання та важко займисті, які займаються від порівняно потужного джерела запалювання.

Температура спалаху – найнижча температура горючої сировини, при якій над її поверхнею утворюються пари або гази, здатні спалахнути від джерела запалювання, але швидкість їх утворення ще недостатня для стійкого горіння.

За температурою спалаху розрізняють:

- легкозаймисті рідини (ЛЗР) – рідини, які мають температуру спалаху, що не перевищує 61 °C у закритому тиглі (бензин, ацетон, етиловий спирт)
- горючі рідини (ГР) – рідини, які мають температуру спалаху понад 61 °C у закритому тиглі або 66 °C у відкритому тиглі (мінеральні мастила, мазут, формалін)

Важливими показниками, що характеризують пожежовибухо-небезпечні властивості газів, рідин та пилу є концентраційні межі поширення полум'я (запалення). Нижня (НКМ) та верхня (ВКМ) концентраційні межі

поширення полум'я – це мінімальна та максимальна об'ємна (масова) доля горючої речовини у суміші з даним окислювачем, при яких можливе займання (спалахування) суміші від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання.

Суміші, що містять горючу сировину нижче НКМ чи вище ВКМ горіти не можуть. Наявність областей негорючих концентрацій речовин та матеріалів надає можливість вибрати такі умови їх зберігання, транспортування та використання, при яких виключається можливість виникнення пожежі чи вибуху.

Значну вибухову та пожежну небезпеку становлять різноманітні горючі пиловидні речовини в завислому стані. Залежно від значення НКМ поширення полум'я пил поділяється на вибухо- та пожежонебезпечний (пил деревини, тютюну).

Вимоги щодо конструктивних та планувальних рішень промислових об'єктів, а також інших питань забезпечення їхньої пожежо- та вибухобезпеки значною мірою визначаються категорією приміщень та будівель за вибухопожежною та пожежною небезпекою. Визначення категорії приміщення проводиться з урахуванням показників пожежовибухонебезпечності речовин та матеріалів, що там знаходяться (використовуються) та їх кількості.

Відповідно до ОНТП 24-86 приміщення за вибухопожежною та пожежною небезпекою поділяються на 5 категорій (А, Б, В, Г, Д).

Категорія А. Горючі гази, легкозаймисті рідини з температурою спалаху не більше 28 С в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні паро газоповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Речовини та матеріали, здатні вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним в такій кількості, що розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні перевищує 5 кПа.

Категорія Б. Горючий пил або волокна, легкозаймисті рідини з температурою спалаху більше 28 С та горючі рідини в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні пило повітряні або пароповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Категорія В. Горючі та важкогорючі рідини, тверді горючі та важкогорючі речовини і матеріали, речовини та матеріали здатні при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним лише горіти за умови, що приміщення, в яких вони знаходяться, або використовуються, не відносяться до категорій А та Б.

Категорія Г. Негорючі речовини та матеріали в гарячому, розжареному або розплавленому стані, процес обробки яких супроводжується виділенням променистого тепла, іскор, полум'я; горючі гази, рідини, тверді речовини, які спалюються або утилізуються як паливо.

Категорія Д. Негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

4.2. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму та вібрації

Боротьба з шумом у джерелі його виникнення – це найбільш дієвий спосіб боротьби з ним. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторах.

Зниження шуму звукопоглинанням. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху.

Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінювальний об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюваною стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремій кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшиться, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні, звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижуючи шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюються резонаторні екрани, тобто штучні поглиначі. Штучні поглиначі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщення залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкції, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки більший в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6 метрів) витягнутої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 дБА.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачувати на стадії проектування обладнання в цеху. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт і спектрів шуму, обладнання і виробничі приміщення, на підставі котрих виносяться рішення щодо напрямку роботи.

Загальні методи боротьби з вібрацією базуються на аналізі рівня, котрі описують коливання машин у виробничих умовах і кваліфікуються наступним чином:

- зниження вібрації в джерелі виникнення шляхом зниження або усунення збуджувальних сил.
- від лагодження від резонансних режимів раціональним вибором приведеної маси або жорсткості системи, котра коливається;
- вібродемпферування – зниження вібрації за рахунок сили тертя демпферного пристрою, тобто приведення коливальної енергії в тепло;
- динамічне гасіння – введення в коливну систему додаткових мас або збільшення жорсткості системи;
- віброізоляція – введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку, з метою послаблення передавання вібрацій, суміжному елементу конструкції або робочому місцю;
- використання індивідуальних засобів захисту.

Зниження вібрації в джерелі її виникнення досягається шляхом зменшення сили, яка викликає коливання. Тому ще на стадії проектування машин та механічних пристроїв потрібно вибирати кінематичні схеми, в

котрих динамічні процеси, викликані ударами та прискореннями, були б виключені або знижені. Зниження вібрації може бути досягнуте зрівноваженням мас, зміною маси або жорсткості, зменшенням технологічних допусків при виготовленні і складанні, застосуванням матеріалів з великим внутрішнім тертям. Велике значення має підвищення точності обробки та зниження шорсткості поверхонь, що труться.

Від лагодження від режиму резонансу. Для послаблення вібрації істотне значення має запобігання резонансним режимам роботи з метою виключення резонансу з частотою змушувальної сили. Власні частоти окремих конструктивних елементів визначаються розрахунковим методом за відомими значеннями маси та жорсткості або ж експериментально на стендах.

Резонансні режими при роботі технологічного обладнання усуваються двома шляхами: зміною характеристик систем (маси або жорсткості) або встановленням іншого режиму роботи (від лагодження резонансного значення кутової частоти змушувальної сили).

Вібродемпферування. Цей метод вібрації реалізується шляхом перетворення енергії механічних коливань коливальної системи в теплову енергію. Збільшення витрат енергії в системі здійснюється за рахунок використання в якості конструктивних матеріалів з великим внутрішнім тертям: пластмас, метало гуми, сплавів марганцю та міді, нікельованих сплавів, нанесення на вібруючі поверхні шару пружном'язких матеріалів, котрі мають великі втрати на внутрішнє тертя. Найбільший ефект при використанні вібродемпферних покриттів досягається в областях резонансних частот, оскільки при резонансі значення впливу сил тертя на зменшення амплітуди зростає.

Найбільший ефект вібродемпферного покриття дають за умови, що протяжність вібродемпферного шару спів розмірна з довжиною хвилі згину в матеріалі конструкції. Покриття потрібно наносити в місцях, де генерується

вібрація максимального рівня. Товщина вібродемпферних покриттів береться рівною 2-3 товщинам елемента конструкції, на котру воно наноситься.

Добре демпфернують коливання мастильні матеріали. Шар мастила між двома спряженими елементами усуває можливість їх безпосереднього контакту, а відтак – появу сил поверхневого тертя, котрі є причиною збудження вібрації.

Віброгасіння. Для динамічного гасіння коливань використовуються динамічні віброгасії, маятникові, ексцентрикові, гідравлічні. Вони являють собою додаткову коливну систему з масою m та жорсткістю q , власна частота котрої f_0 , налаштована на основну частоту f коливань даного агрегату, що має масу M та жорсткість Q , віброгасій кріпиться на вібруючому агрегаті і налаштовується таким чином, що в ньому в кожний момент часу збуджуються коливання, котрі знаходяться в протифазі з коливаннями агрегату. Недоліком динамічного гасіння є те, що він діє лише при певній частоті, котра відповідає його резонансному режиму коливань.

Для зниження вібрації застосовується також ударні віброгасії маятникового, пружинного і плаваючого типів. В них здійснюється перехід кінетичної енергії відносного руху елементів, що контактують, в енергію деформації з поширенням напружень із зони контакту по елементах, що взаємодіють. В наслідок цього енергія розподіляється по об'єму елементів віброгасія, котрі зазнають взаємних ударів, викликаючи їх коливання. Одночасно відбувається розсіювання енергії внаслідок дії сил зовнішнього та внутрішнього тертя. Маятникові удари віброгасія використовуються для гасіння коливань частотою 0,4 – 2 Гц, пружинні – 2 – 10 Гц, плаваючі – понад 10 Гц.

Віброгасії камерного типу призначені для перетворення пульсуючого потоку газу в рівномірний. Такі віброгасії встановлюються на всмоктувальній та нагнітальній сторонах компресорів, на гідроприводах.

Вони забезпечують значне зниження рівня вібрацій трубо- та газопроводів.

Динамічне віброгасіння досягається також встановленням агрегату на масивному фундаменті. Маса фундаменту підбирається таким чином, щоб амплітуда коливань підосви фундаменту не перевищувала 0,1 – 0,2 мм.

Віброізоляція полягає у зниженні передачі коливань від джерела збудження до об'єкта, що захищається, шляхом введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку. Цей зв'язок запобігає передачі енергії від коливного агрегату до основи або від коливної основи до людини, або від конструкцій, що захищаються.

Віброізоляція реалізується шляхом встановлення джерела вібрації на віброізоляторі. В комунікаціях повітропроводів розташовуються гнучкі вставки. Застосовуються пружні прокладки у вузлах кріплення повітропроводів, в перекриттях, несучих конструкціях будівель, в ручному механізованому інструменті.

Для віброізоляції стаціонарних машин з вертикальною змушувальною силою використовують віброізольовані опори у вигляді прокладок або пружин. Однак можлива їх комбінація. Комбінаційних віброізолятор поєднує пружинний віброізолятор з пружною прокладкою. Пружинний віброізолятор пропускає високочастотні коливання, а комбінований забезпечує необхідну ширину діапазона коливань, що гасяться. Пружні елементи можуть бути металевими, полімерними, волокнистими, пневматичними, гідравлічними, електромагнітними.

Засоби індивідуального захисту від вібрації застосовуються у випадку, коли розглянуті вище технічні засоби не дозволяють знизити рівень вібрації до норми. Для захисту рук використовуються рукавиці, вкладиши, прокладки. Для захисту ніг – спеціальне взуття, підметки, наколінники. Для захисту тіла – нагрудники, пояси, спеціальні костюми.

З метою профілактики вібраційної хвороби для працівників рекомендується спеціальний режим праці. Наприклад, при роботі з ручними інструментами загальний час роботи в контакті з вібрацією не повинен перевищувати 2/3 робочої зміни. При цьому тривалість безпосереднього

впливу вібрації, включаючи мікро паузи, не повинна перевищувати 15 – 20 хв. Передбачається ще дві регламентовані перерви для активного відпочинку.

Всі, хто працює з джерелами вібрації, повинні проходити медичні огляди перед вступом на роботу і періодично, не рідше 1 разу на рік.

4.3. Розрахунок освітлення приміщення

Зробити розрахунок загального освітлення цеха. Довжина – $A = 40$ м, ширина $B = 42$ м, висота $H = 8$ м. Висота робочої поверхні $h_p = 1,5$ м. Для освітлення використовуються світильники з люмінесцентними лампами типу ПВЛМ. Мінімальна освітленість лампами розжарювання за нормами

$E_{\min} = 100$ лк. Напруга мережі 220 В.

Відстань від стелі до робочої поверхні

$$H_0 = H - h_p = 8 - 1,5 = 6,5 \text{ м.}$$

Відстань від стелі до світильників

$$h_c = 0,2 H_0 = 0,2 * 6,5 = 1,3 \text{ м.}$$

Висота підвішування світильника над освітлювальною поверхнею

$$h = H_0 - h_c = 6,5 - 1,3 = 5,2 \text{ м.}$$

Висота підвищування світильника над підлогою

$$H_p = h + h_p = 5,2 + 1,5 = 6,7 \text{ м.}$$

(величина, що знаходить в межах норм). Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення

$$L / h = 1,5 /$$

Тоді відстань між центром світильників

$$L = 1,5 H_p = 1,5 * 6,7 = 10,05 \text{ м.}$$

Необхідна кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{40 * 42}{7,8^2} = 28$$

Приймаємо 28 світильників (чотири ряди по 7 світильників).

Індекс приміщення.

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{40 * 42}{5,2(40+42)} = 3,9$$

За таблицею при $i = 3,9$; $h_p = 70 \%$, $P_c = 50 \%$, $P_p = 10 \%$ для світильника типу ПВЛМ коефіцієнт використання світлового потоку 0,68.

Світловий потік однієї лампи

$$\Phi = \frac{E_{\min} SK_3 Z}{N} = \frac{100 * 1680 * 1,4 * 1,1}{28 * 0,68} = \frac{258720}{19,04} = 13588 \text{ лм.}$$

де коефіцієнт запасу $K_3 = 1,4$; $Z = 1,1$ для люмінесцентних ламп.

За знайденим світловим потоком, вибираємо лампу потужністю 1000 Вт, що має світловий потік 14600 лм, найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість:

$$E_{\phi} = E_n \frac{\Phi_{\lambda}}{\Phi_p} = 100 \frac{14600}{13588} = 107 \text{ лк.}$$

Загальна потужність освітлювальної установки

$$P_3 = P_{\lambda} N = 1000 * 28 = 28000 \text{ Вт.} = 28 \text{ кВт}$$

ВИСНОВКИ

1. Проведено дослідження правового регулювання, організаційних та правових основ державного управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад в Україні.

2. Доведено, що в Україні збережена централізована система охорони здоров'я, що веде до неспроможності держави забезпечити потреби суспільства у здоровоохоронній сфері через недосконалість управлінських інституцій та брак фінансових і матеріальних ресурсів переважно на рівні місцевого самоврядування.

3. Проаналізовано чинну функціонально-структурну модель управління охороною здоров'я на рівні адміністративних районів і доведено її складність та функціональну неспроможність забезпечити координацію з охорони громадського здоров'я, а також принципи міжгалузевої взаємодії в управлінні. Доведено відсутність єдиних підходів та принципів управління охороною громадського здоров'я територіальних громад.

4. За результатами аналізу нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні можна зробити висновок про те, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база потребує оновлення.

5. Запропонована модель структури системи державного управління реформуванням системи охорони здоров'я на регіональному рівні, що побудована на основі проектного підходу, має комплексний характер і забезпечує взаємодоповнюючий зміст, взаємозв'язки і взаємодію усіх сфер формування й забезпечення індивідуальних та колективних потреб в охороні й підтримці здоров'я населення на певній території.

6. Обґрунтовано реалізацію логістичної концепції державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я дасть можливість органам місцевого самоврядування та місцевим органам

державної виконавчої влади здійснювати управління та моніторинг, а також раціональний розподіл фінансових фондів та можливість виявлення всіх витрат в організації процесу удосконалення розвитку інформаційної системи галузі охорони здоров'я.

7.Результатом роботи є виконання комплексу завдань, спрямованих на активне використання інформаційно-комунікаційних технологій, стимулювання розвитку вітчизняної галузі охорони здоров'я, забезпечення умов для універсального доступу всіх суб'єктів системи до інформаційної інфраструктури галузі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Навчальні матеріали онлайн. 2015. URL: pidruchniki.com.
2. Габуева Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении. М.: Международный центр финансово-экономического развития, 2017. 288 с.
3. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: medbib.in.ua. 2019. 258с
4. Спеціалізовані хірургічні кадри (на 100 000 населення). Джерело: Світовий банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбія): Група Світового банку; 2019 рік (<https://data.worldbank.org/indicator>, станом на 2 вересня 2019 року).
5. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузіохорони здоров'я України. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf.
6. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.
7. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2018. 116 с.
8. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2017. 229 с.
9. Дурдикулієва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2019. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862>

10. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. К. : [б. и.], 2016. 335 с.
11. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. : Здоров'я, 2015. 180 с.
12. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
13. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2018 рік / за ред. В. В. Шафранського. К., 2019. 452 с.
14. Руководство к своду знаний по управлению проектами. Руководство PMBOK-6 / Project Management Institute, PMI/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г.
15. Лоффлер Марк. Ретроспектива в Agile. Проверенные методы и инновационные подходы / Марк Лоффлер / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г
16. Кэган Марти. Вдохновленные. Все, что нужно знать продакт-менеджеру / Марти Кэган / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2020г
17. Голдштейн Илан. Scrum без ошибок. Инструменты, техники и советы для тех, кто работает по Agile / Илан Голдштейн / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
18. Бэнфилд Ричард. Лидеры продукта. Как лучшие в мире продакт-менеджеры создают команды и запускают крутые продукты / Ричард Бэнфилд, Мартин Эрикссон, Нейт Уокингшо / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г
19. Agile. Практическое руководство / Коллектив авторов/ М.: "[Олимп-Бизнес](#)", — 2019г
20. Беркун Скотт. Сделано. Проектный менеджмент на практике / Скотт Беркун / М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2019г

21. Швабер Кен. Скрам. Гибкое управление продуктом и бизнесом / Кен Швабер / К.: "[Альпіна Паблішер](#)", — 2020г
22. Когон Корі. Керування проектами для «неофіційних» проект-менеджерів / Корі Когон, Сьюзетт Блейкмор, Джеймс Вуд / К.: "[Фабула](#)", — 2018г
23. Инглунд Рэндалл. Руководитель проектов. Все навыки, необходимые для работы / Рэндалл Инглунд, Альфонсо Бусеро/ М.: "[Манн, Иванов и Фербер](#)", — 2018г
24. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. / пер. с англ.; под ред. С.К. Мордовина. – СПб.: Питер, 2019. – 848 с.
25. Боссиди Л. Исполнение: Система достижения целей / Л. Боссиди, Р. Чаран; пер. с англ. – М.: Альпина Пабlishерз, 2017. – 325 с.
26. Бушуев С.Д. Креативные технологии управления проектами и программами: монография / С.Д. Бушуев, Н.С. Бушуева, И.А. Бабаев, В.Б. Яковенко и др. – К.: Саммит-Книга, 2010. – 768 с.
27. Бушуев С.Д. Управление проектами: Основы профессиональных знаний и система оценки компетентности проектных менеджеров / С.Д. Бушуев, Н.С. Бушуева (National Competence Baseline, NCB UA Version 3.0). – К.: ІРІДІУМ, 2006. – 208 с.
28. Бушуєва Н. С. Управління проектами та програмами організаційного розвитку: навч. посібн. / Н.С. Бушуєва, Ю.Ф. Ярошенко, Р.Ф. Ярошенко. – К.: Саммит-Книга, 2010. – 200 с.
29. Грей К. Ф., Ларсон Э. У. Управление проектами: Практическое руководство / Пер. с англ. – М.: Издательство «Дело и Сервис», 2019. – 528 с.
30. Керцнер Г. Стратегическое планирование для управления проектами с использованием модели зрелости [пер. с англ.] / Г. Керцнер. – М.: Компания АйТи; М.: ДМК Пресс, 2016. – 320 с.
31. Мазур И.И., Шапиро В.Д., Ольдерогге Н.Г. Управление проектами: Учебн. пособ. / Под общ. ред. И.И. Мазура. — 2-е изд. — М.: Омега-Л, 2016. —664 с.

32. Організаційна поведінка / Д. Гелрігел, Дж. В. Слокум-молодший, Р.В. Вудмен, Н.С. Бренінг; Пер. з англ.. І. Тарасюк, М. Зарицька, Н. Гайдукевич. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2018. – 726 с.

33. Хаксевер К., Управление и организация в сфере услуг / К. Хаксевер, Б. Рендер, Р. Рассел, Р. Медик; пер. с англ. под. ред. В.В. Кулибановой. – СПб.: Питер, 2016. – 752 с.

34. Чейз Р. Производственный и операционный менеджмент / Р. Чейз, Ф. Джейкобз, Дж. Аквилано ; 10-е изд.: пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. – 1184 с.

35. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Mangament. Strategies for Reducing Cost and Improving Service / M. Christopher. – 2 ed. – London : Financial Temes-Pitman Publishing, 2018. – 80 p.

36. Pharma 2020: Supplying the future by PriceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.pwc.com/en_GX/gx/pharma-life-sciences/

37. Pharma 2020: The Vision — Which Path Will You Take? by P riceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>

38. TOP-50-Pharmaceutical-companies-Pharm-Exec The Pharm Exec [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.scribd.com/doc/21016515/>

39. Посилкіна О.В., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Загорій Г.В., Горбунова О.Ю., Юрченко А.П. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва: Монографія.- Х.: Вид-во НФаУ : Золоті сторінки, 2017.- 772с.

40. Евразийский союз ученых (2020) Инновационный подход к логистике в медицине (<https://euroasia-science.ru/ekonomicheskie>).

41. Реформа системи охорони здоров'я (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>).

42. Benchmarking The Hospital Logistics Process. URL : <https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/> (дата звернення: 18.01.2019).

43. Сайников Е.В. Новые подходы к организации обеспечения медицинским имуществом на региональном уровне. URL : http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_4_10/nov_podhody.htm (дата звернення: 21.06.2019).

44. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. проф. І. В. Кочіна. – Київ : Здоров'я, 2018. – 724 с.

45. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

46. Про Загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013–2017 роки : Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

47. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

48. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.

49. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : <http://www.moz.gov.ua>

50. "Державний реєстр лікарських засобів України". Дані станом на травень 2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua>